

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PAR
CLAUDE DIONNE

LECTURE DE L'EXPÉRIENCE D'INFIRMIÈRES EXPOSÉES
AU CHANGEMENT DE LEUR RÔLE DANS LE CADRE DE L'IMPLANTATION
D'UNE APPROCHE MILIEU DE VIE EN CHSLD

JUILLET 2010

Claude Dionne © juillet 2010

I - 2450



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-70615-2
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-70615-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Composition du jury

Lecture de l'expérience d'infirmières exposées au changement de leur rôle
dans le cadre de l'implantation d'une approche milieu de vie en CHSLD

Claude Dionne

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Jeannette LeBlanc Ph.D, directrice de recherche
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Monsieur Claude Charbonneau, Ph.D, membre du jury
(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines,
Université de Sherbrooke)

Monsieur Jean-Marc Pilon, Ph.D, membre du jury
(Département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski)

Sommaire

Cette recherche qualitative aborde la problématique des transformations personnelles découlant de changements organisationnels. Plus précisément, elle vise à mieux saisir l'expérience d'infirmières exposées à des changements affectant la nature de leur rôle et l'exercice de leur leadership dans le contexte de l'implantation d'une culture milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée. L'acquisition de conduites relationnelles caractéristiques du leadership transformationnel par les infirmières est favorisée dans nombre d'établissements de santé occidentaux. Il est désormais attendu des infirmières qu'elles exercent formellement leur leadership au sein de leur équipe soignante, en épousant les valeurs d'interdisciplinarité, de participation, de responsabilisation et d'autonomie préconisées par la culture milieu de vie. Il semble que l'appropriation des conduites relationnelles caractéristiques du leadership transformationnel implique pour plusieurs une démarche de développement personnel qui confronte les façons de voir, penser et agir de l'apprenant, en plus de modifier sa personnalité. C'est sous un angle constructiviste que l'expérience d'assistantes infirmières-chefs est contemplée. Il s'agit d'approfondir leur expérience subjective pour 1) identifier leurs processus cognitifs présidant à la construction de sens qui sont interpellés dans la foulée des changements attendus et 2) décrire la nature et les exigences posées par les transformations apportées à ces mêmes processus. Sept infirmières d'âge moyen de 47 ans et présentant en moyenne 20 ans d'expérience participent à l'étude. Chacune des participantes a été rencontrée individuellement, dans le cadre d'un entretien semi-dirigé d'une durée moyenne de 80 minutes. Les résultats de cette recherche corroborent les études antérieures quant à l'expérience de développement personnel inhérente à l'acquisition d'un agir relationnel apparenté au leadership

transformationnel. Le regard constructiviste porté sur l'expérience des infirmières permet toutefois de traduire et d'approfondir cette expérience de développement personnel en décrivant :

- 1) les impacts des changements sur leur façon de voir leur rôle;
- 2) les impacts des changements sur leur façon de voir les rapports aux autres;
- 3) les impacts des changements sur leur façon de se voir elles-mêmes et
- 4) les exigences personnelles posées par la transformation.

La discussion des résultats consiste en un recadrage constructiviste de l'expérience partagée par les infirmières, menant à des recommandations concrètes quant au type d'accompagnement à offrir pour soutenir ce processus de développement personnel. L'acquisition de nouvelles conduites relationnelles qui transforment le rapport aux autres ébranle des processus cognitifs dont certains tirent leurs origines de la socialisation initiale de l'infirmière. Devant la profondeur de l'onde de choc ainsi créée, il est impératif d'adapter les modes d'accompagnement offerts aux destinataires de tels changements et ce, dans le meilleur intérêt des individus et des organisations.

Mots-clés : apprentissage transformationnel, reconstruction de sens, changement du rapport à l'autre, rôle, infirmières

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	vii
Introduction	1
Contexte	5
Description de la problématique à l'étude.....	6
Changements touchant le site de recherche.....	6
Culture milieu de vie et leadership transformationnel	10
Le développement du leadership transformationnel chez les infirmières	12
Le changement 2 inhérent au développement du leadership transformationnel	16
Cadre théorique de l'étude	17
Objectifs de recherche.....	23
Méthode.....	25
Cadre méthodologique	26
Participant.es	27
Méthode de collecte des données	29
Résultats	32
Traitement des données.....	33
Examen phénoménologique	33
Analyse thématique	34
Rédaction des récits.....	38

Présentation des résultats	39
Récit de Lysanne	40
Récit de Sylvianne.....	45
Récit de Laurence.....	50
Récit de Gaëlle	54
Récit de Madeleine.....	58
Récit de Charlotte.....	65
Récit de Monia	69
Analyse transversale des récits.....	73
Impacts des changements sur la façon de voir le rôle d’infirmière.....	74
Impacts des changements sur la façon de voir les rapports aux autres	77
Impacts des changements sur la façon de se voir elles-mêmes.....	82
Discussion	87
Composantes de la réalité de second ordre interpellées par les changements en cours .	89
Des constructions initiales qui nourrissent l’état de dissonance	101
Nature des transformations vécues et exigences posées par ces transformations	103
Retombées pratiques en matière d’accompagnement des infirmières	112
Conclusion.....	117
Références	123
Appendice A : Formulaire de consentement à la recherche.....	129
Appendice B : Canevas d’entretien semi-dirigé.....	136

Remerciements

Je tiens à remercier toutes ces belles personnes de mon entourage qui ont accepté que l'étudiant en moi l'emporte temporairement sur le conjoint, le papa, le fils, le frère ou l'ami. Un merci tout spécial à ma conjointe Johanne dont le soutien aimant et constant s'est maintenu inconditionnellement tout au long de l'aventure. Merci à mes deux rayons de soleil, Anne-Sophie et Michaëlle qui, par leur sagesse et leurs jeux d'enfants, ont maintes fois remis cette thèse en perspective.

Merci à mes parents, Hélène et Jacques, pour l'héritage personnel et social légué par le fait de leur présence dans ma vie. Les fruits de cet héritage sont pleinement réinvestis dans cet accomplissement.

Merci à Jeannette LeBlanc, Yves St-Arnaud et Danielle Guillet, professeurs au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, pour leur contribution inestimable au déploiement de ma tendance actualisante. Votre humanisme et votre inspiration rayonneront en moi à jamais.

Merci à Martin Casavant, à Jean-Louis Chicoine, à mes ami(e)s qui, à un moment ou un autre, ont prêté une oreille empathique et attentive aux innombrables fluctuations d'humeur jalonnant le parcours.

Merci à chacune des sept infirmières dont la participation à cette étude s'est avérée riche et essentielle au nouvel éclairage apporté aux enjeux personnels découlant de changements organisationnels.

Enfin, merci à la direction du CSSS-IUGS dont l'ouverture et l'autorisation ont rendu la suite possible.

Introduction

La question à laquelle cette thèse se propose de répondre origine de notre pratique professionnelle. À titre de psychologue et formateur, nous accompagnons depuis maintenant dix ans des adultes dans différents projets de changement et/ou de transformation. Certains de ces projets émanent de la sphère personnelle et leur déploiement est soutenu par le biais de notre pratique en psychothérapie. D'autres projets surgissent d'impératifs ou pressions liés à la vie professionnelle, que ce soit au détour d'une activité de perfectionnement suscitant une prise de conscience ou lors de changements organisationnels dont les impacts se font sentir à des profondeurs a priori insoupçonnées.

C'est dans le cadre d'animation d'activités de formation visant l'acquisition d'une approche dite de coaching que la question à laquelle nous nous intéressons a commencé à germer. En quelques mots, cette activité de formation propose aux participants – des superviseurs et des gestionnaires – un ensemble de conduites alternatives à expérimenter lors d'interactions avec leurs employés. L'effet visé par ces conduites alternatives est d'activer les ressources de l'employé qui soumet une question, une difficulté ou un problème, plutôt que d'apporter une solution d'expert. Ces gestionnaires sont donc invités à gérer le processus d'échange de façon à ce que la personne qui sollicite leur aide détermine elle-même le but poursuivi dans la situation

problématique, les options qui s'offrent à elle pour y faire face et les actions à poser pour mettre en œuvre l'option qu'elle aura sélectionnée.

Bien que la majorité des participants à une telle formation comprennent rapidement les concepts avancés et y adhèrent d'emblée, nous constatons que le transfert des conduites proposées se heurte à plusieurs obstacles ou enjeux personnels. Lors d'exercices d'appropriation réalisés séance tenante, des participants évoquent l'interférence de différents besoins personnels dans l'émission de ces conduites, dont ceux du pouvoir, du contrôle ou de la reconnaissance, qui sont au chapitre des plus fréquemment nommés. Il nous apparaît donc que les savoir-faire au menu d'une telle activité de perfectionnement ébranlent des dimensions de l'être qui peuvent entraver la capacité des participants à mettre en œuvre les conduites alternatives proposées. Ce constat interpelle et concilie à merveille les intérêts du psychologue et du formateur en nous. Ainsi donc, ce que nous concevions au départ comme une simple activité de formation organisationnelle recèle une opportunité de développement personnel. Plus précisément, nous constatons qu'un défi important se présente à des personnes exposées à la possibilité de développer un agir relationnel par lequel elles sollicitent désormais la compétence de leur interlocuteur en activant ses ressources : l'apprentissage de ces conduites alternatives semble entraîner la possibilité d'une transformation personnelle.

Bien sûr, les mandats de formation réalisés en contexte organisationnel offrent rarement le luxe de dépasser l'étape du constat. Tout au plus avons-nous eu la chance de voir ce constat se corroborer lors d'activités de même nature réalisées subséquemment et dans des organisations différentes. La thèse, quant à elle, fournit un cadre tout indiqué pour dépasser le constat et

approfondir la question des enjeux de développement personnel soulevés par l'actualisation d'un agir relationnel axé sur l'activation des ressources de l'interlocuteur.

Pour mener à bien cette réflexion, il faut d'abord identifier un milieu de recherche qui expose ses superviseurs et gestionnaires à des exigences similaires en matière d'agir relationnel. La présence de ces conditions est essentielle pour faire la lumière sur les enjeux personnels liés à cet apprentissage. La prochaine section présente le contexte dans lequel œuvrent les personnes qui ont accepté de participer à cette étude. Outre les éléments de contexte propres au milieu de recherche retenu, des conclusions d'études effectuées dans des contextes comparables y sont présentées. Cinq autres sections composent cette thèse. Le cadre théorique précise les sources théoriques qui constituent en quelque sorte les lentilles à travers lesquelles le phénomène à l'étude est capté puis analysé. Suivent les sections objectifs de recherche et méthodologie dans lesquelles sont formulées les questions de recherche ainsi que des précisions quant au courant épistémologique balisant cette étude, aux principales caractéristiques des participantes et à la méthode de collecte de données retenue. La description de la démarche d'analyse et de traitement des données précède une section volumineuse où sont présentés les résultats sous forme de récits. Ces récits font ensuite l'objet d'une analyse transversale qui déploie leurs points de convergence les plus significatifs en regard des questions de recherche, puis sont discutés à la lumière du cadre théorique de l'étude. Enfin, la section conclusion traite des critères de scientificité de l'étude et propose des recommandations visant à mieux soutenir les personnes exposées à des apprentissages transformationnels dans le cadre d'activités ou de projets de développement organisationnel.

Contexte

Cette section expose d'abord la problématique à l'étude. Ce premier élément se décline en quatre parties. Il est d'abord question des changements organisationnels implantés sur le site de recherche et de leurs impacts théoriques sur la réalité des infirmières. Les trois parties suivantes rendent compte de résultats d'études effectuées dans des contextes comparables. Ces études établissent des liens entre l'exercice du leadership attendu dans une culture milieu de vie et le leadership transformationnel, puis en évoquent la complexité de l'apprentissage.

Les référents théoriques du chercheur et la formulation des objectifs de recherche complètent la présente section.

Description de la problématique à l'étude

Changements touchant le site de recherche

La présente étude s'intéresse à l'expérience d'infirmières exposées à des changements organisationnels importants, affectant la nature de leur rôle et la façon d'exercer leur leadership. Elles oeuvrent dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée québécois (CHSLD) et occupent le poste d'assistantes infirmière-chef (AIC) sur une unité de soins. À ce titre, elles sont responsables de la coordination d'une équipe soignante composée d'une à deux infirmières-auxiliaires (IA) et d'un maximum de sept préposés aux bénéficiaires (PAB), selon la période de

la journée. C'est donc à elles que réfèrent directement les membres de l'équipe soignante en tout premier lieu, pour toute question émanant de la vie sur l'unité, allant de la prestation des soins à l'organisation du travail, en passant par les relations entre employés. Il importe de préciser que les AIC assument des fonctions de coordination; elles ne disposent pas d'autorité formelle en matière disciplinaire, détenant elles-mêmes un statut d'employées syndiquées.

Leur CHSLD n'échappe pas aux vagues successives de changements qui déferlent sur les établissements de santé québécois depuis quelques années. Les AIC sont d'abord touchées par deux projets de fusion pour devenir partie intégrante d'un CSSS régional. Ces fusions ont des impacts sur leurs pratiques cliniques : l'uniformisation requise à travers les établissements maintenant fusionnés entraîne son lot de changements de procédures, méthodes de travail et contrôles de la pratique infirmière, dans un environnement où l'encadrement devient nettement plus serré.

Puis, la loi 90, adoptée le 14 juin 2002 et entrée en vigueur le 30 janvier 2003, touche à la nature même des tâches qui constitue leur rôle et se traduit en une profonde réorganisation du travail au sein des équipes de soins. Cette loi élargit certains champs de pratique et ajoute des actes réservés à des professions qui ne les détenaient pas à ce jour. À titre d'exemple, les infirmières-auxiliaires peuvent maintenant procéder à des ponctions intraveineuses. Les AIC sont ainsi libérées de l'exécution de certains soins infirmiers de base et héritent, dans la foulée des nouvelles dispositions de la loi, de la responsabilité d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Ces deux changements – fusions d'établissements et loi 90 – génèrent des impacts importants sur la nature même des tâches constituant le rôle d'AIC, ainsi que sur la définition des rôles des autres membres de l'équipe soignante (IA et PAB). Au surplus,

ces nouvelles définitions de rôles établissent désormais des balises plus claires et moins perméables entre les rôles : on ne tolère plus que les AIC prodiguent des soins physiques et infirmiers de base qui incombent désormais formellement aux IA et PAB.

Enfin, et c'est sans doute le changement qui pose le plus d'exigences sur l'agir relationnel désormais attendu des AIC visées par notre étude, le CHSLD dans lequel œuvre les participantes s'avère également le lieu d'une expérience pilote en matière d'implantation de la culture milieu de vie. Ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations établies en 2003 par le ministère de la santé et des services sociaux en matière d'hébergement et de soins de longue durée. La mise en place d'une culture milieu de vie préconise une approche soignante centrée sur la personne hébergée. Ainsi, « les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents deviennent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement » (Gouvernement du Québec, 2003, p.3). Le ministère de la santé et des services sociaux (2003) qualifie l'approche milieu de vie de globale, personnalisée, adaptée, positive, participative et interdisciplinaire. Une telle approche entraîne donc des répercussions significatives sur les pratiques en soins de longue durée et sur la façon dont on s'attend des infirmières qu'elles exercent leur leadership (Chiasson, 2007). En matière de pratiques de soins, l'approche milieu de vie exige de l'équipe soignante qu'elle adapte constamment la prestation des soins à l'évolution de la condition de la personne hébergée. Cela sonne le glas des soins standards, prodigués de façon uniforme à l'ensemble des résidents. Flexibilité, créativité et personnalisation orientent désormais la prestation des soins dans une culture milieu de vie.

L'actualisation de la culture milieu de vie dans les CHSLD québécois pose également des défis de taille en ce qui a trait aux pratiques de gestion et à l'exercice du leadership chez le

personnel infirmier. Ces défis constituent le centre d'intérêt de la présente étude. Nous soulignons plus haut les qualificatifs *participative* et *interdisciplinaire* avancés par le ministère de la santé et des services sociaux pour décrire l'approche milieu de vie. Cette approche requiert effectivement la participation active de tous les acteurs gravitant autour de la personne hébergée dans la résolution des problèmes qui la concernent : membres de l'équipe soignante, spécialistes (physiothérapeute, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.), la personne hébergée elle-même et les membres de sa famille. Participation et interdisciplinarité ne sont pas sans teinter l'exercice du leadership attendu des infirmières. Elles doivent désormais : 1) favoriser un engagement des membres de l'équipe soignante dans la recherche de solutions concrètes et dans les prises de décision d'équipe (Duval, 2003; Garant, 2001; Gouvernement du Québec, 2003); 2) responsabiliser les équipes de soignants en balisant les pratiques sans prescrire; et 3) créer un environnement de travail favorisant l'entraide et la valorisation des opinions de chacune des parties impliquées (Yeatts & Seward, 2000).

Autonomie, responsabilisation, participation et interdisciplinarité. Autant d'impératifs découlant des orientations ministérielles du Gouvernement du Québec (2003) qui font du CHSLD choisi un milieu répondant aux conditions recherchées par cette étude. Nous sommes ainsi en présence d'un milieu où des exigences claires sont formulées quant au type d'interactions désormais attendues des infirmières, c'est-à-dire des interactions par lesquelles elles doivent solliciter la compétence de leur interlocuteur en activant ses ressources. Tel que nous l'avons maintes fois observé dans notre pratique professionnelle, de telles attentes en matière d'agir relationnel recèlent une opportunité de développement personnel. Nous voulons mieux cerner les éléments en cause dans cette opportunité de développement personnel ainsi que les exigences posées sur les AIC qui en font l'objet.

Culture milieu de vie et leadership transformationnel

Il ressort des écrits scientifiques que des liens peuvent être établis entre l'exercice du leadership proposé par la culture milieu de vie et le leadership de type transformationnel. Selon Bass (1985), le leader transformationnel possède trois atouts clés : 1) de la considération pour ses employés, telle que démontrée par des comportements d'écoute, de reconnaissance et de renforcement positif; 2) une capacité à stimuler intellectuellement ses employés, soit l'habileté à les amener à regarder leur environnement d'un angle nouveau de façon à créer des solutions novatrices aux problèmes auxquels ils font face et 3) un charisme qui se manifeste par sa capacité à formuler clairement sa vision et à obtenir l'adhésion de son groupe d'employés. Un lien peut certainement être établi entre les deux premiers atouts décrits par Bass (1985) et les stratégies de participation à la résolution de problèmes et de valorisation des opinions des membres de l'équipe attendues des AIC dans la culture milieu de vie.

Au-delà des liens théoriques relatifs aux comportements, Brazier (2005) établit que le leadership transformationnel convient davantage à un contexte changeant où les difficultés à régler ne sont pas routinières. L'adaptation constante des soins préconisée par une approche centrée sur la personne hébergée expose précisément les membres de l'équipe soignante au caractère non-routinier des difficultés à traiter. Par contraste, le leadership de type transactionnel¹ s'avère particulièrement efficace dans des environnements organisationnels stables et prévisibles. Valle (1999) formule le même constat et ajoute que par le passé, les gestionnaires oeuvrant au sein d'organisations publiques étaient plutôt tenants d'une approche transactionnelle : ils voyaient au respect des règles, politiques et procédures et prenaient action pour en corriger toute

¹ Selon Bass (1985), le leadership transactionnel s'articule autour de deux facteurs clés soit 1) la contingence des récompenses/punitions en fonction de la performance et 2) la gestion par exception, plus précisément la nécessité d'intervenir lorsqu'une situation excède ou n'atteint pas les attentes convenues.

forme de déviation. Dans une étude portant sur les stratégies de supervision au sein de douze établissements de soins de longue durée ontariens, McGillis et al. (2005) vont plus loin. Ils annoncent d'abord que les infirmières sont bien souvent inefficaces dans leur façon d'assister et soutenir les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires qui composent leur équipe. Non seulement soulignent-ils la pertinence du leadership transformationnel dans la mission élargie des soins de longue durée aujourd'hui, ils affirment sans ambages la nécessité, pour les infirmières assumant des fonctions de supervision, de passer d'un leadership transactionnel à un leadership transformationnel. Murphy (2005) en fait une exigence essentielle à laquelle toute infirmière détenant un poste de supervision devrait répondre. Pour cette auteure, le fait d'exercer un leadership de type transformationnel fait contraste avec les pratiques matriarcales de contrôle et autorité embrassées historiquement par le management infirmier. Murphy (2005) conclut son étude en précisant que le leadership transformationnel pourrait insuffler un vent d'optimisme dans le contexte de changement en cours au sein des établissements de santé. Elle associe d'emblée ce type de leadership aux efforts de partenariat, au partage d'information et de pouvoir entre intervenants, autant d'efforts actuellement encouragés dans ces milieux.

En résumé, la loi 90 et les orientations ministérielles imposées aux CHSLD du Québec en matière de culture milieu de vie entraînent des impacts majeurs sur la façon dont les infirmières doivent désormais exercer leur rôle sur le plan des pratiques cliniques et du leadership auprès de l'équipe soignante. Elles doivent déléguer les soins physiques et infirmiers de base et héritent de responsabilités de supervision et d'évaluation clinique, telle que l'évaluation de la douleur ou de la dysphagie. En plus d'assumer formellement le leadership de l'équipe soignante, elles doivent l'exercer en épousant les valeurs de participation, valorisation, autonomie et responsabilisation sous-tendues par la culture milieu de vie. À plusieurs égards, les conduites qui sont attendues des

AIC présentent des liens avec le leadership transformationnel. Quelles sont les exigences posées par ce type d'apprentissage chez les infirmières? La section qui suit rapporte des éléments de réponse tirés des écrits scientifiques sur la question.

Le développement du leadership transformationnel chez les infirmières

Les écrits scientifiques des dix dernières années en management infirmier regorgent d'études établissant la pertinence du leadership transformationnel pour composer avec le vent de changements qui souffle actuellement sur les établissements de santé occidentaux (Carney, 2009). Quelques-unes d'entre-elles ont exploré plus précisément l'expérience d'infirmières engagées dans le développement de leur leadership. Dans un article intitulé « Soutenir la transformation d'infirmière à leader » (traduction libre), McGoldrick, Menschner et Pollock (2001) s'intéressent au processus de transformation professionnelle effectué par des infirmières britanniques, impliquées dans l'implantation d'une philosophie de gestion partagée au sein de leur établissement. La philosophie de gestion partagée présente beaucoup de similitudes avec les visées de la culture milieu de vie. Il s'agit d'un modèle qui place le patient au centre des interventions et qui prône le partage du pouvoir, du contrôle et la prise de décision impliquant tous les membres du personnel infirmier agissant à l'intérieur d'un cadre clinique défini. Porter-O'Grady (1992) illustre la mise en place d'une telle philosophie comme un parcours qui requiert une transformation des rôles traditionnellement associés à la pratique infirmière de même que l'adoption de nouvelles croyances. Bien que les infirmières acceptent naturellement la responsabilité de prodiguer des soins aux patients, McGoldrick et al. (2001) observent qu'elles sont moins enclines à pratiquer et assumer les fonctions de résolution de problèmes, prises de décision, délégation et entraînement à la tâche attendues d'elles dans le cadre de cette nouvelle philosophie. Aussi, ils remarquent qu'en dépit du fait que ces infirmières présentent des traits

laissant présager leur aptitude au leadership, plusieurs sont inconfortables et incertaines quant à leur habileté réelle à assumer pleinement le rôle de leader. Ils constatent que le processus d'apprentissage exigé de ces infirmières pour être fonctionnelles dans cette nouvelle réalité est comparable à une démarche de développement personnel, car il requiert un changement au niveau de leurs perceptions. En effet, les perceptions qu'elles entretiennent à propos de leur rôle d'infirmière et d'elles-mêmes comme leader sont confrontées par l'implantation de la philosophie de gestion partagée.

Dierckx de Casterlé, Willemse, Verschueren et Milisen (2008) présentent une étude de cas décrivant le processus vécu par un infirmier-chef dans sa migration vers un leadership de type transformationnel. L'étude s'inscrit dans un contexte d'amélioration de l'environnement de travail des infirmières. On présente le leadership transformationnel comme pièce maîtresse de ce projet d'amélioration, étant donné ses visées d'*empowerment*¹, particulièrement adaptées au contexte actuel prévalant en milieu hospitalier. Le leader faisant l'objet de l'étude de cas parle de son expérience d'apprentissage en ces termes :

J'ai appris à me connaître. Je suis confronté à moi-même comme si je me regardais debout, devant un miroir à m'observer... Ce projet a eu un impact énorme sur ma personnalité... En fait, je m'observe régulièrement : comment je fonctionne dans diverses situations, tant dans ma vie privée qu'au travail. Les effets du programme de leadership se maintiennent... et résultent en un changement dans mes façons de penser, d'agir et de coopérer... (traduction libre). (Dierckx de Casterlé et al., 2008, p. 757).

Bien qu'ils donnent peu d'informations quant aux aspects précis de la personnalité ou aux façons de penser qui se sont transformés, Dierckx de Casterlé et al. (2008) confirment néanmoins

¹L'*empowerment* en milieu de travail consiste à reconnaître la compétence décisionnelle, le pouvoir d'influence et l'autonomie de chaque employé dans des matières inhérentes à ses tâches et responsabilités.

l'expérience de développement personnel vécu par le leader dans la foulée de son apprentissage du leadership transformationnel.

Johns (2003) partage des données plus intimes sur le vécu d'infirmières engagées dans une démarche de développement de stratégies caractéristiques du leadership transformationnel. Ces données contrastent singulièrement avec les expériences de succès rapportées par d'autres auteurs sur ce thème. Johns (2003) documente le cheminement de neuf infirmières occupant des postes de leaders. L'auteur agit en tant que superviseur clinique auprès de chacune d'elles et offre un accompagnement qui consiste en quinze rencontres d'une heure au cours d'une période de 12 mois. D'entrée de jeu, il souligne que malgré l'attrait théorique du leadership transformationnel, une personne peut résister à en émettre les conduites dans l'action, étant donné la menace que ces conduites font planer sur les patterns relationnels qu'elle détient et qu'elle a consolidés. L'accompagnement offert aux leaders participant à l'étude n'a pas permis d'observer les résultats escomptés en matière de développement du leadership, car ceux-ci sont confrontés quotidiennement à une foule de problèmes opérationnels à régler. Johns (2003) approfondit son analyse et dégage quatre obstacles à l'apprentissage souhaité, lesquels sont liés aux habitudes et apprentissages déjà bien ancrés chez ces leaders. Le premier renvoie à la culture médicale traditionnelle qui amène les infirmières à se voir et à agir comme des ressources impuissantes, dont l'agenda est subordonné à celui de professionnels dotés de plus de pouvoir qu'elles. Conséquemment soutient Johns (2003), elles doivent dépasser la docilité acquise dans ce contexte culturel pour agir en leader. En corollaire au point précédent, le second obstacle consiste en une difficulté récurrente à affirmer leurs positions, par crainte de sanctions. L'auteur observe que les infirmières semblent avoir cultivé la stratégie d'évitement comme moyen prédominant de faire face aux conflits et sont donc hésitantes à confronter leurs employés quand des actions

correctives sont requises. En troisième lieu, la responsabilisation de leurs employés est vécue comme une source de frustration. En tant que leaders soutient Johns (2003), les infirmières agissent à la fois en parent critique et protecteur d'employés qu'elles perçoivent tantôt comme rebelles tantôt comme souffrants. Elles s'élèvent contre le peu de sens des responsabilités de leurs employés et les couvrent en même temps. Elles ont de la difficulté à lâcher prise et à responsabiliser, car elles se sentent imputables des résultats. Enfin, plusieurs d'entre-elles ont du mal à composer avec la perte du *caring*, et toutes auraient souhaité être davantage impliquées dans les soins directs aux patients. La posture qu'elles adoptent au sein de leur unité est donc essentiellement opérationnelle et souffre de la distance requise par l'exercice du leadership. Ce sont là autant d'obstacles au développement du leadership transformationnel. Johns (2003) conclut en mentionnant qu'en général, les infirmières participant à son étude résistent au rehaussement de leur rôle et s'y plient, à contrecœur.

Enfin, Chiasson (2007) expérimente un mode d'accompagnement auprès d'une infirmière-clinicienne oeuvrant en CHSLD québécois et touchée par l'implantation de la culture milieu de vie. Son étude démontre la profondeur des apprentissages nécessaires à l'acquisition d'un leadership favorisant la participation et l'*empowerment* des membres de l'équipe de soins. L'auteure rapporte que des enjeux personnels majeurs ont dû être dépassés par l'infirmière-clinicienne en cours d'apprentissage, soit un assouplissement de l'emprise traditionnellement exercée par celle-ci sur ses interlocuteurs, ainsi qu'une ouverture accrue à partager le pouvoir avec les membres de l'équipe soignante. Ce cheminement, constitué de 8 rencontres de coaching réparties sur 13 semaines, s'est avéré « une expérience confrontante et exigeante » (Chiasson, 2007, p.62) pour l'infirmière-clinicienne. Elle y a investi une somme d'énergie considérable, notamment pour examiner son action, la questionner, dépasser des limites personnelles et

expérimenter des stratégies novatrices. Chiasson (2007) conclut néanmoins que l'accompagnement expérimenté a permis à l'infirmière-clinicienne d'évoluer vers des pratiques de gestion répondant aux visées de la culture milieu de vie.

Le changement 2 inhérent au développement du leadership transformationnel

Les études citées à la section précédente ont pour dénominateur commun la profondeur du changement vécu par les participants exposés à l'acquisition de stratégies relevant du leadership transformationnel. On y relate des impacts sur la personnalité, sur les façons de concevoir, de penser et d'agir sur sa réalité. On souligne également le profond ancrage d'éléments qui font obstacle à leur acquisition et qui doivent être dépassés pour y arriver. Comme le rapporte Chiasson (2007), il se dégage des écrits scientifiques que l'apprentissage de stratégies associées au leadership transformationnel entraîne un changement que Watzlawick, Weakland et Fish (1975) désignent par changement 2. Un changement 2 s'opère lorsqu'une personne doit modifier substantiellement sa façon de concevoir la réalité pour intégrer de nouvelles stratégies ou comportements. Sans ces modifications caractéristiques d'un changement 2, Watzlawick et al. (1975) avancent qu'il est pratiquement impossible que de nouvelles conduites s'enracinent de façon profonde et surtout, durable.

Le sujet de l'étude de cas de Dierckx de Casterlé et al. (2008) témoigne d'un changement 2 lorsqu'il rapporte le maintien des effets du programme de leadership sur ses façons de penser, d'agir et de coopérer. C'est également ce qu'évoquent McGoldrick et al. (2001) en mentionnant la nécessité d'un changement de perception chez les infirmières désireuses de s'adapter à la philosophie de gestion partagée. Ils soulignent que le passage d'un leadership transactionnel à un leadership transformationnel exige la modification significative du cadre de référence de

l'apprenant, dont ses valeurs, ses croyances, ainsi que les définitions de soi, de soi comme leader, de son travail, de son rôle et de ses rapports aux autres.

Quinn et Spreitzer (1997) affirment qu'il ne faut pas réduire l'acquisition de stratégies permettant l'*empowerment* des équipes de travail au simple ajout d'un nouvel ensemble de techniques de gestion. L'*empowerment* est lié davantage aux orientations personnelles et croyances des gens qui le pratiquent qu'à de superficielles manifestations comportementales. Selon eux, cette acquisition sollicite le savoir-être et requiert le développement d'un nouveau cadre de référence. La première étape de ce processus de développement consiste à accompagner toute personne contemplant un tel apprentissage dans une démarche d'introspection et de recadrage cognitif, qui la mènera à se voir et à voir son environnement à travers de nouvelles lentilles. Ce recadrage est caractéristique d'un changement 2.

Cadre théorique de l'étude

La profondeur des transformations personnelles déclenchées par certains changements organisationnels constitue l'objet de cette recherche. Plus précisément, il s'agit de mieux saisir l'expérience d'infirmières exposées à la possibilité d'une telle transformation dans leur milieu de travail, d'approfondir la nature des enjeux auxquels elles sont confrontées. Cette section présente le cadre théorique à partir duquel l'expérience des infirmières participant à cette étude est appréhendée.

C'est à travers des lentilles constructivistes qu'est contemplée l'expérience d'AIC exposées à des changements affectant la nature de leur rôle et l'exercice de leur leadership. Le cadre théorique formulé dans cette section puise principalement dans les écrits de Paul

Watzlawick, de Chris Argyris et Donald A. Schön, et de Jack Mezirow, autant d'auteurs qui décrivent une réalité apparentée sur le plan d'apprentissages qui transforment, avec un vocabulaire sensiblement différent.

Les tenants du paradigme constructiviste affirment que la réalité dans laquelle nous agissons est une construction de l'esprit (Glaserfeld, 1988; Kelly, 1963; Kourilsky, 2004; Mahoney, 1995; Neimeyer & Mahoney, 1995; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975). Ils réfutent ainsi l'existence même d'une réalité prédéterminée, vraie, absolue, objective et indépendante de l'acteur, mais distinguent néanmoins deux ordres de réalité. La réalité de premier ordre est constituée des faits et expériences captées par nos récepteurs sensoriels. Dans le paradigme constructiviste, les faits, en eux-mêmes n'ont pas de sens. L'attribution de sens aux faits captés par nos récepteurs sensoriels est une opération qui relève de la réalité de second ordre. C'est dans cette réalité de second ordre que l'acteur fait intervenir divers processus cognitifs pour, littéralement, construire sa réalité. Se retrouvent ici les significations et interprétations données par l'acteur aux faits captés, les hypothèses et suppositions formulées à leur sujet, les évaluations et jugements portés, les représentations ou images fabriquées ainsi que les règles qu'il énonce à leur propos. Ces processus cognitifs sont eux-mêmes fonction de ce que Kourilsky (2004) désigne comme étant le modèle du monde détenu par l'acteur; ce modèle recouvre le système de croyances, l'échelle de valeurs, les normes et critères d'évaluation qui sous-tendent ses jugements et décisions.

Les constructions qui résultent des processus cognitifs en action dans la réalité de second ordre sont comparables à des lentilles qui teintent de façon déterminante la réalité que l'acteur prétend observer (Kourilsky, 2004). Ces constructions attribuent un sens aux données factuelles

en plus de guider l'action. Ainsi, comme l'affirme Watzlawick (cité dans Kourilsky, 2004), la réalité dont nous parlons est le résultat de notre invention, de notre construction mentale, plus ou moins porteuse de perspectives ou d'impasses.

Dans la perspective constructiviste, le changement naît de l'inefficacité d'une règle, construite dans la réalité de second ordre, à produire les effets jusqu'alors démontrés dans l'action. L'acteur s'éveille donc à la possibilité de changer lorsque des composantes de sa réalité de second ordre - interprétations, représentations, évaluations ou règles - deviennent nuisibles et lui portent préjudice en regard de l'atteinte d'un but. S'il fait le choix de changer, l'acteur ne peut agir alors que sur cette réalité de second ordre, disent les constructivistes; il procédera à une modification cognitive en questionnant ses interprétations, représentations ou règles devenues obsolètes, pavant ainsi la voie à une nouvelle lecture de la situation et, conséquemment à de nouvelles possibilités d'action. Pour les constructivistes, le vrai changement découle donc d'une nouvelle construction de la réalité (Kourilsky, 2004). Cette nouvelle construction n'altère pas les données factuelles de la situation sur laquelle elle porte; elle modifie plutôt l'interprétation que donne l'acteur à ces données factuelles, ce qui ouvre sur de nouvelles possibilités d'action potentiellement plus satisfaisantes et plus efficaces.

D'autres auteurs associés au paradigme constructiviste ont contribué à l'opérationnalisation du processus présidant à cette modification cognitive. Ils précisent dans leurs propres termes les composantes de la réalité de second ordre qui sont interpellées par une telle modification. Chris Argyris et Donald A. Schön s'intéressent au développement de l'efficacité professionnelle en situations d'interactions difficiles. Leurs travaux s'inscrivent en parfaite cohérence avec le contexte de la présente étude puisqu'ils portent sur l'expérience de

professionnels passant d'un mode relationnel axé sur le contrôle unilatéral à un mode par lequel ils sollicitent la compétence de leur interlocuteur en activant ses ressources (contrôle bilatéral). Ce passage correspond à plusieurs égards à celui auquel la culture milieu de vie convie les AIC participant à la présente recherche. L'acteur désireux d'acquérir des conduites relationnelles caractéristiques du contrôle bilatéral se trouve bien souvent confronté à un préalable incontournable : la nécessité de nuancer ou modifier ses théories d'usage (Argyris, 1980, 1982, 1995, 1996; Argyris & Schön, 1974; Argyris, Putman & McLain Smith, 1985).

Les théories d'usage sont constituées d'un répertoire de stratégies sous-tendues par des valeurs directrices. L'individu puise dans ce répertoire de stratégies pour faire face à toute situation de nature relationnelle. Selon Argyris et al. (1985), les théories d'usage sont des théories causales, enchâssées dans toute action visant à produire ou éviter une conséquence. Ces théories causales, ou explications pragmatiques tacites, sont constituées de propositions prenant la forme suivante : si je fais l'action A, alors la conséquence C se produira. Elles comportent des postulats sur soi-même et les autres. Les théories d'usage jouent le rôle de programmes-mâtres utiles à la conception et à l'exécution d'une action dans une situation donnée et elles semblent être apprises à travers le processus de socialisation, tôt dans la vie (Argyris, 1982).

Argyris et Schön (1999) évoquent la notion de dilemme pour décrire la tension vécue par toute personne exposée à la confrontation de ses théories d'usage. Un dilemme naît d'un conflit intolérable entre certains éléments d'une théorie d'usage et son applicabilité. Par exemple, les conséquences réelles ou anticipées d'une action peuvent être en dissonance importante avec les valeurs directrices détenues par la personne. De même, la nécessité d'émettre une nouvelle action historiquement associée à des conséquences menaçantes peut présenter un potentiel conflictuel.

suffisamment important pour que naisse un dilemme. Argyris et Schön (1999) établissent que la construction de nouvelles théories d'usage impliquant l'altération de valeurs directrices tire sa source de tels dilemmes.

Partie intégrante du cadre conceptuel balisant cette recherche, la théorie de la transformation de Mezirow (1981, 1991a, 1991b, 2000, 2001) s'inscrit également dans le courant constructiviste. Elle reprend des notions avancées dans cette section en recourant à une terminologie légèrement différente. Mezirow (2001) reconnaît également le caractère central du processus de socialisation dans l'acquisition initiale de façons de comprendre le monde et de normes susceptibles d'assurer notre intégration dans la société. Les *perspectives de sens* sont à Mezirow ce que le *modèle du monde* est à Kourilsky et Watzlawick, par l'influence qu'elles exercent sur la façon dont une personne définit, comprend et agit sur sa réalité. Plus précisément, Mezirow (2001) définit la perspective de sens comme « un ensemble d'habitudes d'anticipation qui constitue un cadre de référence directeur que nous utilisons dans la projection de nos modèles symboliques et qui nous sert de système de croyances (habituellement implicites) pour interpréter et évaluer le sens de notre expérience » (p.62).

Pour Mezirow (2001), les perspectives de sens encadrent les activités de perception, de compréhension et d'interprétation de l'expérience. Elles forment en quelque sorte des « structures-frontières au-delà desquelles les données nouvelles ne sont ni perçues, ni comprises » (p.24). Une perspective de sens se traduit en un certain nombre de schèmes de sens qui en sont la manifestation concrète. Il s'agit de savoirs spécifiques, jugements de valeurs et croyances qui sont mis en relation dans une interprétation donnée à l'expérience et qui guident l'action. Un schème de sens peut aussi bien porter sur la façon de faire quelque chose que sur la manière de

comprendre ce que les autres veulent dire ou de se comprendre soi-même. Le schème de sens oriente la manière avec laquelle l'acteur catégorise les objets et les événements, établit des associations et détermine des liens de causalité et ce, en fonction d'un système de valeurs.

Mezirow (2001) précise que ce sont les schèmes de sens qui déterminent le contenu perçu de l'expérience et qui sont les plus susceptibles d'être transformés par l'apprentissage découlant d'un changement. Il souligne que l'apprentissage des adultes résulte de la transformation des schèmes de sens en réponse à des événements inattendus. Des dilemmes perturbateurs jalonnant la vie adulte sont à l'origine de toute démarche de transformation des perspectives par lesquelles une personne donne du sens à sa réalité. Ces dilemmes peuvent être imposés de l'extérieur ou naître d'un choix personnel et volontaire de poser un regard critique sur ses présupposés à la suite d'un échange ou d'une lecture par exemple. Fruit d'une démarche réflexive intimement liée au changement 2 décrit plus haut, la transformation des schèmes de sens ainsi déclenchée est sujette à ébranler le sens du moi en remettant en cause « des valeurs personnelles auxquelles nous tenons profondément » (Mezirow, 2001, p.185). C'est sans détour que l'auteur pose l'examen critique des schèmes et perspectives de sens comme « impératif majeur de la condition d'adulte » (p.54), car les présomptions qui les composent peuvent éventuellement se révéler dysfonctionnelles.

Les travaux des auteurs cités dans cette section permettent de distinguer la réalité de premier ordre, constituée de faits captés par les récepteurs sensoriels de l'acteur, et la réalité de second ordre par laquelle il attribue du sens à ces mêmes faits. Métaphoriquement, cette réalité de second ordre abrite un cadre précieux, soigneusement confectionné au fil du processus de socialisation, auquel l'acteur réfère pour construire le sens de sa réalité. Les auteurs cités plus haut décrivent différents éléments apparaissant sur la toile de ce précieux cadre, selon une

terminologie qui leur est propre. Ainsi apparaissent en fond de toile, le modèle du monde de Kourilsky (2004), les perspectives de sens et habitudes d'anticipation de Mezirow (2001) et les valeurs directrices d'Argyris et Schön (1999); ce fond de toile contient le système de croyances, les échelles de valeurs, les normes et critères d'évaluation qui teintent les processus cognitifs représentés en figure, à un niveau plus concret, plus opérationnel. Se retrouvent donc en figure sur cette même toile, les théories d'usage d'Argyris et Schön (1999), les interprétations, suppositions, hypothèses ou évaluations décrites par Kourilsky (2004) et enfin, les schèmes de sens de Mezirow (2001). Tous ces éléments, qu'ils apparaissent en figure ou en fond sur cette toile balisée par le cadre, participent au processus de construction de la réalité effectué par l'acteur. Des sentiments d'inefficacité, et d'insatisfaction récurrents, l'émergence de dilemmes perturbateurs provoqués par des événements majeurs jalonnant tout parcours de vie, confrontent l'acteur à la possibilité d'intervenir sur cette toile pour en transformer un ou plusieurs éléments. Selon ces constructivistes, la transformation volontaire d'éléments du cadre de référence auxquels l'acteur recourt pour créer du sens de sa réalité s'avère un exercice à la fois bouleversant et ambitieux.

Objectifs de la recherche

Il ressort des écrits scientifiques présentés dans les sections précédentes, que la migration vers un leadership de type transformationnel implique une démarche de développement personnel et exige des changements au niveau de la personnalité, des perceptions, façons de voir, penser et agir des personnes en cause. L'objectif principal de cette recherche est de saisir la nature des impacts portés aux processus cognitifs de construction de sens d'infirmières exposées à l'acquisition et à l'émission de conduites favorisant l'activation des ressources de leurs interlocuteurs. De façon plus spécifique, cette étude vise à comprendre l'expérience de

transformation personnelle vécue par les infirmières sous l'angle : 1) des dilemmes perturbateurs provoqués par les nouvelles attentes en matière d'agir relationnel; 2) des éléments de leur processus de construction de sens interpellés par ces changements et 3) de la nature des transformations apportées à divers éléments de leur cadre de référence, le cas échéant. Cet éclairage expérientiel pourrait ensuite contribuer à orienter l'accompagnement et le soutien à fournir aux centaines d'infirmières actuellement confrontées au changement de leur rôle dans la foulée des projets de réorganisation du travail au sein des établissements de santé québécois.

Les questions précises auxquelles cette recherche compte apporter un éclairage sont les suivantes : 1) quelles sont les composantes de la réalité de second ordre remises en question chez des infirmières exposées à des changements dans l'exercice de leur leadership? 2) quelle est la nature des transformations apportées à ces composantes et la mesure des exigences que posent ces transformations sur les infirmières?

Méthode

Cette section traite des paramètres entourant la réalisation de cette recherche. Le choix du cadre méthodologique est explicité en premier lieu. Suit une seconde partie traitant du recrutement des participantes et de leurs caractéristiques. La troisième et dernière partie présente la méthode utilisée pour recueillir les données.

Cadre méthodologique

Les infirmières participant à cette étude sont exposées à des changements organisationnels qui ont des impacts importants sur le plan de leur agir relationnel. Plus précisément, il est désormais attendu d'elles qu'elles exercent leur leadership en épousant les valeurs de participation, valorisation, autonomie et responsabilisation préconisées par l'approche milieu de vie. Cela se traduit par la nécessité d'acquérir et d'émettre des conduites relationnelles par lesquelles elles sollicitent le champ de compétence de leur interlocuteur, en activant ses ressources personnelles et professionnelles.

L'obtention d'éléments de réponse aux questions avancées par cette recherche requiert de pénétrer le vécu des participantes pour mettre au jour des portions de leur expérience personnelle a priori inaccessibles à l'observateur externe. Il s'agit ici de mieux comprendre un fait humain.

C'est pourquoi le cadre méthodologique de la présente étude est de type qualitatif et s'inscrit dans le courant épistémologique de l'approche compréhensive.

La compréhension de faits humains et intérieurs appelle un mode d'appréhension bien spécifique, fondé essentiellement sur l'empathie. Selon le principe de l'intercompréhension humaine à la base de l'approche compréhensive, il est possible pour tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme (Paillé & Mucchielli, 2003). L'attitude empathique permettant d'accéder à l'expérience des infirmières et d'en déployer la nature est omniprésente dans cette étude. Elle trouve écho dans cette définition de Carl Rogers : « (...) la capacité de s'immerger dans le monde subjectif d'autrui, de participer à son expérience dans toute la mesure où les communications verbales et non-verbales le permettent, de capter la signification personnelle des paroles de l'autre (...) » (cité dans Paillé & Mucchielli, 2003, p.72).

Composante clé de l'approche compréhensive, l'empathie est ainsi au cœur du cadre méthodologique de la présente étude, influençant tantôt le choix de la méthode de collecte de données, tantôt l'attitude adoptée en cours de collecte et enfin, la démarche d'analyse et le mode de présentation des résultats.

Participants

Les participantes à la recherche sont des infirmières oeuvrant au sein d'un CHSLD comptant 171 lits de la région de l'Estrie. Elles font l'expérience de changements organisationnels d'envergure dont l'actualisation d'une culture milieu de vie et la mise en place des dispositions de la loi 90, qui ont des impacts concrets sur leur rôle, leur pratique et leur façon d'exercer leur leadership.

Sept participantes sont recrutées dont six assistantes infirmière-chef et une infirmière clinicienne. Elles répondent aux critères suivants: 1) travailler sur une unité où on procède à la mise en place d'une culture milieu de vie ; 2) démontrer un intérêt à réfléchir aux impacts personnels inhérents à ce changement ; 3) se porter volontaire à participer à l'étude. Creswell (1998) souligne l'importance de s'assurer que les personnes constituant l'échantillon ait effectivement vécu le phénomène à l'étude. Les participantes retenues revendiquent cette expérience, à des degrés variables. L'infirmière-clinicienne cumule quant à elle l'expérience de destinataire et d'agent de changement à l'égard des changements organisationnels en cause.

Le processus de recrutement s'est déroulé comme suit : le projet a d'abord été présenté aux infirmières-chefs, qui ont par la suite convié les AIC à une courte rencontre d'informations. Une présentation orale du projet, de ses visées et de la collaboration attendue a été effectuée à l'ensemble des participantes potentielles. Au terme de cette présentation de vingt minutes, un formulaire d'information et de consentement à la recherche dûment approuvé par le comité d'éthique de l'établissement a été remis aux participantes potentielles (voir Appendice A). Ce formulaire était accompagné d'une enveloppe-retour et d'une feuille sur laquelle les personnes désirant participer à la recherche indiquaient leurs noms, leur numéro de téléphone et les moments propices pour les rejoindre. Les six premières AIC à retourner le formulaire et répondant aux critères énoncés ci-haut ont été retenues. L'infirmière-clinicienne a également été retenue pour son expérience des transformations en cours. C'est auprès d'elle que le canevas d'entretien semi-dirigé a été pré-testé.

L'échantillon d'infirmières recrutées présente les caractéristiques suivantes : l'âge des participantes au moment de l'entretien semi-dirigé varie de 42 à 54 ans. L'expérience détenue à

titre d'infirmière soignante est de 10 à 35 ans. Quant au niveau de scolarité complété, six d'entre-elles possèdent un diplôme d'études collégiales (DEC) et la septième détient un diplôme universitaire de maîtrise.

Méthode de collecte des données

La méthode de collecte choisie consiste en une prise de données unique de l'expérience de chaque participante, réalisée au cours d'un entretien semi-dirigé individuel. L'entretien semi-dirigé nous apparaît propice à créer les conditions d'empathie et d'accueil essentielles au déploiement de l'expérience de chaque participante en regard des questions de recherche.

Chaque participante est rencontrée pour un entretien semi-dirigé d'une durée variant de 75 à 90 minutes. Les entretiens mettent au premier plan la dimension subjective des participantes; ils visent beaucoup plus que la simple obtention de réponses mécaniques à une succession de questions. Ces entretiens sont plutôt l'occasion de s'intéresser à leur expérience pour bien la comprendre et en dégager le sens qu'elles y donnent.

L'entretien s'articule autour de thèmes précis découlant de la problématique de recherche et comprend quatre questions principales. La première question, de nature technique, permet d'établir le contact en invitant chaque participante à décrire sa compréhension des changements en cours au sein de l'établissement. La seconde question invite à l'introspection et est au cœur de la problématique de recherche; chaque participante identifie les éléments que les changements ébranlent en elle. Cette question est d'abord formulée de façon très ouverte. Puis, le chercheur oriente l'exploration de l'expérience sur des dimensions précises, soit l'impact des changements en cours sur sa compréhension : 1) de son travail d'infirmière; 2) de son rôle de leader; 3) de son

identité d'infirmière; 4) de ses relations avec les membres de l'équipe soignante; 5) de son sentiment de compétence; 6) de son pouvoir et 7) de son sentiment d'utilité. La participante n'est pas tenue de formuler une réponse à chacun de ces éléments. Ceux-ci lui sont plutôt présentés pour orienter l'exploration de son expérience et permettre d'en approfondir l'expression, le cas échéant. La question trois du canevas d'entretien semi-dirigé est liée à la seconde question de recherche; elle amène la participante à reprendre chacun des éléments vécus comme ayant été ébranlés par les changements pour en expliciter la nature de la transformation subie, qu'elle soit en cours ou complétée. Par exemple, la participante est appelée à expliquer dans ses mots en quoi sa compréhension des relations diffère de ce qu'elle était avant les changements appliqués au rôle. C'est une question qui prend la forme d'une exploration « avant-après » et qui permet à la participante de passer de l'identification d'un élément ébranlé à la conceptualisation du changement qui s'opère en elle sur ce même élément. Enfin, la question quatre met l'accent sur une dimension plus affective, soit l'exploration des exigences que posent ces changements sur la participante. C'est ici l'occasion de parler de ce qui s'avère le plus difficile pour elle dans son processus d'adaptation, de nommer plus précisément les renoncements et dilemmes perturbateurs auxquels elle fait face et qu'elle doit dépasser.

Chaque participante peut s'exprimer librement aux questions décrites ci-haut. Chaleur, amabilité, empathie, ouverture, écoute et non-jugement sont mis à profit pour mettre la participante en confiance et susciter des récits riches et détaillés. Considération positive, valorisation de l'expérience et un sincère intérêt pour ce qui est dit teintent également la présence du chercheur en cours d'entretien. Le défi pour le chercheur est de s'intéresser à l'expérience de

la participante en demeurant dans une visée de recherche¹. Le recours à un canevas d'entretien (voir Appendice B) agit comme rappel concret de ce contexte de recherche, en plus de faciliter le respect des limites de temps et d'assurer l'obtention d'informations relativement homogènes d'un entretien à l'autre (Paillé, 1991). Les entretiens semi-dirigés sont effectués entre les 20 mars et 21 avril 2008; ils sont enregistrés au moyen d'un appareil audio.

¹ Le chercheur a une pratique en psychothérapie.

Résultats

La section qui suit s'ouvre sur les trois étapes de traitement effectuées sur les transcriptions des entretiens effectués. Ainsi, les étapes de l'examen phénoménologique des données empiriques, du processus de réduction des données par analyse thématique et de rédaction des récits y sont décrites successivement. Les résultats sont ensuite présentés sous forme de sept récits relatant l'expérience unique de chacune des participantes. Enfin, une analyse transversale des sept récits permet de dégager les points de convergence les plus significatifs de leur expérience en regard des questions de recherche.

Traitement des données

Examen phénoménologique des données empiriques

Notre premier contact avec les transcriptions d'entretien est empreint d'ouverture, d'attention soutenue et d'empathie. Nous cherchons à aborder le corpus de données en faisant l'effort de mettre notre expérience professionnelle, nos attentes, connaissances et modèles théoriques concernant le changement en réserve. Cet état d'esprit est caractéristique de la posture de tout analyste se livrant à l'examen phénoménologique des données recueillies. Pour Paillé et Mucchielli (2003), l'examen phénoménologique constitue le premier moment de toutes techniques ou méthodes d'analyse qualitative. Il consiste à porter un regard neuf sur les données pour s'ouvrir à ce qu'elles ont à nous apprendre. Nous nous livrons donc à un examen attentif des

données, lisant chaque phrase en nous interrogeant sur ce qu'elle exprime, laissant le témoignage authentique de chaque participante pénétrer lentement notre esprit. Notre regard tout entier porte sur chacun des mots par lesquels les participantes livrent leur expérience, dans un effort de compréhension véritable de l'autre.

Paillé et Mucchielli (2003) définissent l'examen phénoménologique comme un essai de saisie authentique de la réalité vécue et manifestée par les participants. Il vise à dégager l'essentiel du témoignage livré. Sur le plan pratique et tel que le proposent les auteurs, nous avons recours à de courts énoncés que nous inscrivons en marge du texte pour reformuler chaque segment de l'expérience des participantes. Il n'est ni question ici de qualifier ou conceptualiser l'expérience partagée; les énoncés annotés n'ont pas non plus à satisfaire d'exigences sur le plan de leur validité. Cette première opération d'analyse vise plutôt l'appropriation authentique du corpus, ce à quoi nous parvenons au terme de l'examen effectué sur chacune des transcriptions.

L'heure est maintenant venue de porter un second regard sur l'ensemble du corpus, cette fois-ci en se resituant dans notre cadre de recherche. L'étape qui suit va mettre en évidence les éléments les plus probants des entretiens en lien avec les questions de recherche.

Analyse thématique

Bien qu'il aurait été permis de procéder à la rédaction des récits immédiatement après l'examen phénoménologique des données, nous cherchons à documenter l'importance des thèmes autour desquels ils seront constitués de façon plus rigoureuse et structurée. C'est pourquoi nous effectuons, en cette seconde étape de traitement, un exercice de réduction des données s'inspirant de l'analyse thématique. L'analyse thématique sert au relevé et à la synthèse des thèmes présents

dans l'ensemble du corpus. Il s'agit « de découvrir quels thèmes sont abordés, et selon quelle constance et quelle importance » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.144). Au cours de cette deuxième étape nous exploitons les deux fonctions caractéristiques de l'analyse thématique : 1) repérer les thèmes pertinents en lien avec les objectifs de recherche et surtout, 2) documenter l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique. L'importance d'un thème s'établit en en documentant les récurrences dans le corpus de données. « Dans la pratique, ceci signifie qu'une attention particulière sera portée aux ressemblances, d'un sujet à l'autre, avec comme objectif de reprendre des thèmes existants, lorsque cela est possible, et ce faisant, de cerner les points communs des expériences analysées » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.139). L'objectif poursuivi par cette étape de traitement est donc de dégager, par un travail systématique, les thèmes communs qui contribuent le plus à décrire l'expérience des infirmières en regard des questions de recherche.

À la différence de l'examen phénoménologique qui propose un décentrage de l'analyste et un abandon des préconceptions au moment d'aborder le corpus, l'analyse thématique s'inscrit résolument dans un cadre de recherche bien défini. On reconnaît et admet d'entrée de jeu l'influence exercée par le cadre de recherche sur la thématisation. « Se pencher sur un corpus de données pour en faire l'analyse, c'est se situer dans un cadre de recherche (Paillé & Mucchielli, 2003, p.128). Ainsi donc l'objet de recherche, ses questions et objectifs, ce qu'on cherche précisément ainsi que nos orientations et présupposés sont autant d'éléments qui contribuent à déterminer ce qui est considéré comme donnée significative ou non. Entrent ici en jeu des processus de sélection et de réduction des données en regard du cadre de recherche. C'est en cela que l'exercice effectué à cette étape s'avère utile à la rédaction prochaine de récits : il permet de sélectionner des thèmes importants de façon systématique plutôt qu'intuitive.

En plus de faire émerger quelques premiers thèmes, les multiples lectures effectuées au cours de l'étape précédente ont également permis de relever quelques formulations récurrentes des indices expérientiels dont nous sommes à l'affût. Ainsi, nous détenons une idée plus précise de la façon dont ces indices se présentent à nous à l'intérieur du corpus. Ces indices constituent des traductions concrètes de concepts théoriques définis dans le cadre de cette recherche. Plus précisément, nous sommes à l'affût d'indices expérientiels illustrant des dilemmes perturbateurs et transformations personnelles vécues par les infirmières exposées à des changements dans l'exercice de leur rôle. Nous cherchons à identifier les composantes de leur réalité de second ordre qui sont remises en question par ces mêmes changements. À titre d'exemple, la formulation « Avant je...; maintenant je... », « je ne me reconnais pas », « c'est pas moi ça » s'avèrent bien souvent des indices de transformation personnelle dont la nature précise peut toutefois varier. Aussi, l'expression « je ne voyais pas ça comme ça » indique une mine d'information à considérer pour mieux saisir la transformation des « façons de voir », une des composantes caractéristiques de la réalité de second ordre.

C'est donc habité de notre cadre de recherche que nous reprenons chacune des transcriptions. Sur le plan technique, nous procédons à cet exercice sur support papier et choisissons le mode d'inscription en marge, en prenant soin d'ajouter au préalable de nouvelles marges vierges aux transcriptions déjà annotées lors de l'examen phénoménologique. Nous optons pour la démarche de thématisation continue. Il s'agit d'une « démarche ininterrompue d'attribution de thèmes (...) Ainsi les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte puis regroupés et fusionnés au besoin, et finalement hiérarchisés (...) (Paillé & Mucchielli, 2003, p.127). Nous thématisons ainsi le corpus complet, page par page.

Conformément à la démarche proposée par Paillé et Mucchielli (2003), nous annotons d'abord, le long du texte, des thèmes de niveaux d'inférence faible à moyenne. Le thème est défini par Paillé et Mucchielli (2003) comme un ensemble de mots qui renseigne sur la teneur du propos abordé dans l'extrait du corpus correspondant. Puis, à la fin du traitement de chaque entretien, nous inscrivons les thèmes générés sur un document à part et procédons à des regroupements de thèmes sous des appellations plus génériques.

Le traitement des premiers entretiens permet de remplir la fonction d'identification de l'analyse thématique. Nous effectuons alors le relevé des thèmes abordés dans le corpus. Ce n'est qu'au fil des transcriptions que la récurrence et la constance de certains thèmes commencent à émerger, ce qui permet de documenter l'importance relative de leur contribution aux questions de recherche. Notre inventaire de thèmes connaît différentes formes de regroupements en cours d'analyse. Globalement, cet inventaire de thèmes s'est d'abord organisé selon les questions du canevas d'entretien semi-dirigé. Il comprend donc quatre regroupements suite au premier entretien et culmine à un total de 17 regroupements par effet de subdivisions au cœur de l'exercice. Cette subdivision de regroupements s'est organisée en fonction des sous-questions du canevas d'entretien. De nouveaux regroupements permettant de classer d'autres portions de témoignages contribuent également à ce total.

L'application des critères de constance et d'importance des thèmes à la fin du traitement des sept transcriptions a mené à la pondération des regroupements selon leur contribution aux objectifs de recherche. Quelques regroupements de thèmes sont alors abandonnés puisqu'ils sont hors cadre. C'est notamment le cas du regroupement intitulé renoncements. D'autres regroupements sont abandonnés étant donné leur faible récurrence d'un témoignage à l'autre. On

retrouve ici quelques regroupements dont sentiment d'utilité et sentiment de compétence. Enfin, quelques fusions de regroupements complètent cet effort de synthèse et de réduction de données. Au final, nous obtenons quatre thèmes qui contribuent de façon centrale aux objectifs de recherche. Il s'agit des thèmes 1) impacts des changements sur la façon de voir leur rôle; 2) impacts des changements sur la façon de voir les rapports aux autres; 3) impacts des changements sur la façon de se voir elles-mêmes et 4) exigences personnelles posées par la transformation. L'objectif visé par cette étape de traitement est donc atteint. Nous pouvons maintenant entreprendre la rédaction des récits.

Rédaction des récits

Le travail d'analyse thématique culmine habituellement par la construction « d'une représentation synthétique et structurée du contenu analysé » (Paillé & Mucchielli, 2003, p.138). L'arbre thématique constitue la forme de représentation la plus souvent utilisée pour rendre compte de la synthèse d'un corpus de données. Il présente les thèmes identifiés sous forme de schéma et les met en lien en fonction de leurs affinités et de leur contribution aux objectifs de recherche.

L'attitude empathique déployée de façon soutenue en cours de collecte et de traitement des données, sur une période qui s'est échelonnée sur plus d'un an, nous rend plutôt perplexe face à cet effort de synthèse de l'expérience des participantes. Cette organisation de leur expérience nous semble impersonnelle, mécanique et réductrice. Nous préférons le récit à l'arbre thématique comme mode de présentation des résultats de notre recherche, car le récit s'inscrit tout naturellement dans le prolongement de l'élan empathique qui nous porte depuis plusieurs mois. Le récit permet de rendre compte de la particularité et de la richesse de l'expérience de chacune

des participantes en regard des quatre thèmes centraux émergeant de l'analyse thématique. Au surplus, cette forme de présentation répond à notre singularité de chercheur.

Comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2003), « le récit est en soi un résultat de recherche dans la mesure où il donne à voir dans son intégrité une portion d'expérience » (p.75). Sur le plan pratique, le récit vise à rendre l'essence de l'expérience des participantes en regard des questions de recherche. Nous avons effectué la rédaction en respectant les paramètres avancés par Paillé et Mucchielli (2003) quant au style d'écriture à privilégier dans un tel exercice. Ainsi, nous sommes-nous efforcés de maintenir un esprit de narration plutôt que d'explication et de rester plus près de l'expression orale que de la pensée écrite, en empruntant le plus possible au vocabulaire des participantes elles-mêmes.

La section suivante présente les sept récits rédigés en regard des quatre thèmes centraux dégagés dans l'étape précédente. Elle sera suivie d'une analyse transversale dans laquelle nous dégageons et discutons des points de convergence les plus significatifs en regard de notre objet d'étude.

Présentation des résultats

La section qui suit présente sept récits qui se veulent l'aboutissement de la démarche d'analyse des données recueillies lors d'entretiens semi-dirigés effectués auprès de sept participantes. Des extraits de verbatim sont intégrés à ces récits¹. Ils sont parfois légèrement modifiés pour des motifs d'ordre grammatical et linguistique. Le caractère italique les distingue du reste du texte.

¹ Des pseudonymes ont été attribués aux participantes, afin de préserver l'anonymat.

Récit de Lysanne

Lysanne est âgée de 54 ans et exerce la profession d'infirmière depuis 35 ans. Elle occupe le poste d'AIC à raison de deux jours par semaine. Au moment de l'entrevue, elle se sentait plus ou moins touchée par la culture milieu de vie : « *moi en travaillant juste deux jours par semaine la rencontre milieu de vie ne se fait pas la journée où moi je travaille* ». Elle décrit brièvement sa compréhension de l'approche milieu de vie :

C'est comme si les rencontres milieu de vie, ce qu'on en comprend, c'est qu'ils veulent qu'on en fasse plus pour les bénéficiaires, alors que le système présentement fait qu'on en fait de moins en moins, (...) c'est ça que les gens ont un peu de difficulté à comprendre et je m'inclus dans les gens.

Elle enchaîne en déplorant le peu d'information dont elle dispose pour saisir le sens, la philosophie derrière cette approche :

C'est ma compréhension avec le peu que j'ai eu (...) je n'ai pas eu vraiment d'explications, d'informations là-dessus, ce qui fait que je ne me sens pas super outillée pour vendre le projet milieu de vie à l'équipe (...) je ne comprends pas vraiment ce qu'il y a en arrière de tout ça.

Le premier lien qu'elle fait avec la loi 90 concerne les décontentions. Elle constate que cela amène les membres de l'équipe à questionner un acte qui se faisait automatiquement – celui de contentionner les résidents – qu'ils présentent ou non un risque de chute. Elle en dégage un processus intéressant sur le plan de la transformation d'une pratique courante :

Mais là c'est comme s'ils sont rendus qu'ils pensent à l'inverse là, c'était même surprenant, et c'est vrai dans le fond mais c'est comme si on ne s'était jamais questionné là-dessus. (...) Tout ce cheminement-là, cette loi nous amène à se questionner.

Elle attribue la nouvelle responsabilité d'évaluation (douleur, dysphagie, comportement) à la loi 90 et à la fusion d'établissements. Le recours à des grilles et outils qui objectivent présente

un certain attrait: « *je trouve que c'est un outil mesurable qui parle. Les médecins aussi ont l'air à apprécier depuis qu'on travaille avec ça là* ».

Ses propos se teintent toutefois d'une certaine appréhension lorsqu'elle aborde le projet d'infirmière responsable. L'entrevue a été réalisée la veille d'une journée d'information portant sur ce nouveau rôle, à laquelle elle était conviée. L'exercice du rôle d'infirmière responsable allait donc commencer dans les jours suivants cette rencontre d'informations. Elle connaît déjà plusieurs dimensions de ce nouveau rôle, pour en avoir entendu parler par des collègues qui l'exercent sur d'autres unités. Bien qu'elle exprime qu'elle voit ce rôle positivement, elle admet néanmoins qu'il s'agit d'un rôle bien différent de celui pour lequel elle a été formée :

C'est un rôle qui est très, très, très différent (...) le rôle de l'infirmière responsable est vraiment différent de, moi il y a 35 ans, j'ai été formée comme infirmière soignante, on était vraiment, vraiment beaucoup auprès des patients, et c'est ce que j'aime.

Elle nous livre alors son attachement profond pour les patients, les soins, autant de sources de satisfaction et valorisation qui sont à la base de son choix vocationnel :

Les soigner, donner les médicaments, faire les pansements, ça allait même au début jusqu'à faire la toilette des patients, faire ce que font maintenant les préposés. J'ai toujours pris un grand plaisir à faire ça. Je vais prendre plaisir aussi à aller faire manger un patient de temps en temps. Des genres de choses comme ça là tu sais! (...) Ce que j'adore le matin, c'est préparer mon petit chariot. Je vais faire les tests de sucre, je donne les insulines, je mets les suppositoires, si j'ai des prises de sang à faire je le fais (...) Je suis peut-être complètement à côté de la track. Sauf que moi, c'est comme ça que j'aime travailler là. Je vais chercher mon bonheur là-dedans!

À la veille de sa journée d'information sur le rôle d'infirmière responsable, Lysanne anticipe. Elle cherche une façon de rester fidèle à sa philosophie de travail. Elle sait qu'elle aura

beaucoup d'évaluations à faire et de dossiers à tenir à jour et craint que ces tâches ne la maintiennent à distance des résidents et des membres de l'équipe. Elle a entendu dire que plusieurs soins cliniques de base sont désormais délégués aux infirmières auxiliaires. Ces changements dans la nature des tâches inhérentes à son nouveau rôle la dérangent donc à deux niveaux : d'abord sur le plan de la perte d'actes professionnels sources de sens puis, sur le plan de la distance qui se créera forcément entre elle et les membres de l'équipe soignante :

Comment peux-tu être une fille d'équipe si tu es toujours seule dans ton coin, dans ton poste (...) les gens ne comprennent pas vraiment. Comment peux-tu rallier des gens, demander...? C'est ça! Comment peux-tu être une fille d'équipe si finalement tu es toujours seule dans ton coin à faire ta job de paperasse?

Lysanne entrevoit les impacts potentiels du rôle d'infirmière responsable sur son rapport avec les membres de l'équipe soignante. Pour elle, être sur le plancher, être partie intégrante de la vie de l'étage sont des dimensions essentielles à la qualité des relations qu'elle entretient avec ses collaborateurs :

C'est sûr que si mon rôle est juste dans le poste, il est juste à établir des plans de soins, à faire des évaluations et tout ça, c'est sûr qu'à quelque part, je me dissocie un peu, il me semble, de la vie de l'étage dans ma tête à moi.

Dans son esprit, être parmi favorise également la compréhension mutuelle des rôles de chacun, laquelle contribue à la qualité de la relation :

Des fois je me dis, il y a une incompréhension de la part des préposés du travail des infirmières. Quand l'infirmière est sur le plancher ils se disent, « bon ben ok, c'est une fille qui fait partie de la gang et elle nous comprend », et tout ça... On arrive quand même à garder un bon contact avec eux-autres.

La distance perçue découlant du nouveau rôle éveille également des enjeux de confiance envers les membres de son équipe : « si je suis toujours dans le bureau, que finalement je ne tâte

plus le pouls de l'étage, ils (les préposés) vont être capables de m'en passer là! (...) ben je vais les croire sur parole ». Elle se propose aussitôt de maintenir sa routine, de continuer à aller voir les patients pour se faire sa propre idée, soulignant ainsi la difficulté de décider sur la base d'informations qui lui sont rapportées et l'importance que cette information passe par ses propres sens.

Lysanne nous livre sa compréhension de ce qui sera désormais attendu d'elle. Elle se questionne. Elle se projette dans ce changement imminent en imaginant qu'elle pourra demeurer fidèle à ce qu'elle est :

J'appréhende peut-être un peu. Vais-je être capable d'embarquer dans ce projet-là, et de bien collaborer dans ce projet-là, de faire ce que j'ai à faire là-dedans? Mais c'est ça, tout en maintenant ma philosophie de travail qui est d'être sur le plancher .

Sur un ton teinté d'espièglerie, elle se rassure en confiant son intention de faire à sa tête, de façon à maintenir ses sources de plaisir bien en place dans son nouveau quotidien. Par exemple, elle compte faire son évaluation de la dysphagie tout en faisant manger la personne, plutôt que de s'en tenir à une position d'observatrice/évaluatrice. Et si jamais cela s'avérait impossible à l'usage, la perspective de la retraite pourrait alors constituer une option intéressante :

D'un autre côté, je vais avoir 55 ans. Je me considère quand même assez indépendante pour dire que le jour où je n'aurai plus de satisfaction à faire ça ben je prendrai ma retraite (...) ce n'est pas plus grave que ça!

Questionnée sur les éléments interpellés en elle dans la foulée des changements, elle contemple plutôt son évolution depuis qu'elle assume les fonctions d'AIC. Cela est cohérent puisqu'elle ne se sent pas très touchée par l'approche milieu de vie et se trouve à quelques jours

de faire l'expérience réelle du rôle d'infirmière responsable. Elle évoque principalement son aisance accrue à assumer des fonctions d'animation et à prendre position lors de divergences dans des discussions :

Je n'étais pas une fille très très à l'aise dans le fait d'animer, ou de prendre une place. Là je me sens relativement à l'aise de le faire (...) Prendre position, c'était toujours un peu embêtant donc j'avais de la misère à me positionner. Et là, maintenant, dans le cadre du travail il faut que je me positionne, donc je vais le faire. C'est une espèce d'assurance là-dedans je pense que je vais chercher.

Enfin, elle partage sa difficulté à composer avec la frustration et le mécontentement des membres de son équipe en regard des problèmes liés à l'organisation du travail. Ici, elle cherche à distinguer sa responsabilité et celle des employés en matière de résolution du problème : « *je me demande toujours, qu'est-ce qui m'appartient et qu'est-ce qui leur appartient. Est-ce que c'est à moi de régler leurs problèmes, quand finalement c'est eux-autres qui ont le problème d'organisation du travail?* » Intuitivement, elle affirme que son rôle est de réitérer les objectifs et résultats attendus : donner les meilleurs soins possibles et assurer la sécurité des bénéficiaires. « *Mais dans le comment c'est à eux-autres de voir.* », enchaîne-t-elle. Son malaise à prendre la place du devant est exacerbé dans ces circonstances, où il lui est difficile d'intervenir sur le contenu du problème :

Ce n'est pas quelque chose dans quoi je me sens à l'aise. Ça va avec le fait de prendre une place, j'ai de la misère là-dedans. Faire de l'animation ou être un leader, prendre position... Je le fais parce qu'il faut que je le fasse mais ce n'est pas quelque chose qui vient naturellement. Je n'en ferais pas un hobby!

Elle réactive alors une expérience antérieure au cours de laquelle elle avait réuni les membres de son équipe et avait soutenu un processus de réflexion qui a éventuellement mené à

un consensus. Ce souvenir recèle peut-être des pistes d'interventions à réinvestir dans son nouveau rôle.

Récit de Sylvianne

Sylvianne est âgée de 45 ans. Elle a terminé son cours il y a 10 ans, alors qu'elle était âgée de 33 ans. À son sens, cela la place dans un contexte différent de ses consœurs de travail :
« je n'ai pas gradué à 20 ans moi, j'avais 33 ans lorsque j'ai gradué. Quand j'ai fait mon cours d'infirmière, on a beaucoup parlé de gestion, de plans de soins, d'évaluations, ces choses-là ».
 Sylvianne compte également dans son récent parcours professionnel, une expérience de deux ans à titre de chef de service par intérim dans l'établissement. C'est donc équipée de ce bagage académique et professionnel qu'elle aborde les transformations en cours. D'emblée, elle révèle que son séjour au poste de chef de service lui confère un avantage indéniable pour faire du sens des changements implantés :

J'ai été chef de service par intérim moi pendant deux ans avant la fusion. Cela fait qu'on sait un peu, on n'est pas au même niveau. Il y a des choses qui sont discutées que moi je suis au courant et que les infirmières ici ont peut-être moins vécues (...) Moi j'ai fait de la gestion en soins, en tout cas je trouve que ça été un plus pour moi d'être chef de service par intérim (J'y ai acquis)... la connaissance de comment ça se passe au ministère avec, mettons, les CSSS. Après ça, il y a eu le CSSS qui a été formé, on est avec le CLSC maintenant. Cela fait que moi j'ai tout compris ça parce que j'étais dedans. J'ai mieux compris qu'est-ce que le ministère voulait, tandis que les gens qui sont dans le milieu de travail, la connaissance de ça ils l'ont moins. Ben tsé c'est difficile de dire « C'est une exigence du ministère » mais moi je l'ai vécu, pis ça m'a été expliqué plusieurs fois.

Exposée au sens des projets de changement et formée aux dimensions de gestion et d'évaluation, elle assume sans détour le leadership inhérent à son rôle d'infirmière responsable :

Moi j'ai toujours pensé que j'étais la personne qui décidait sur l'étage (...) Il faut que tu aies du leadership, parce que si tu n'as pas ça, c'est ben de valeur, mais tu vas avoir de la misère parce que tu gères une équipe de soins là ici (...) Moi je pense, que pour moi, c'était ben important... je pense que ça fait partie intégrale des soins le leadership, parce que si tu n'as pas un bon leadership, tu n'auras pas les soins que tu veux.

Elle partage alors sa vision du leadership, qui consiste à guider l'équipe dans la prestation de soins conformes aux attentes. Pour elle, cela implique de parler beaucoup aux membres de l'équipe soignante, d'expliquer, d'enseigner et d'exercer une surveillance dans un esprit de support. Elle partage également son souci de valoriser le rôle de chacun des membres de l'équipe et reconnaît sans amertume qu'ils sont ses yeux sur le plancher. Elle souligne la nécessité d'adapter son approche à chaque membre de l'équipe, à l'instar de ce qui est attendu d'eux envers les patients.

Bien au-delà de l'expérience technique acquise, c'est sur la confiance en elle et le sens de sa valeur personnelle que Sylvianne raconte avoir fait les gains les plus importants au cours de son remplacement au poste de chef de service:

Tous les gens avec qui tu travailles, toute la reconnaissance qu'ils te donnent c'est important... Pis plus tu montes haut, plus les gens ont de connaissances de plein de choses, fait que moi ça m'a donné un plus, pis je me dis mon Dieu j'ai été chanceuse. J'ai connu une clinicienne super intéressante, les chefs de service avec qui j'ai travaillé c'étaient des gens avec du potentiel, des idées, une vision de faire les choses qu'ils nous partageaient. Tsé là-dedans j'ai gagné beaucoup (...) Moi, je pense que ça m'a donné beaucoup de confiance de voir que j'étais capable de faire la job de chef de service. Je l'ai faite et c'est moi qui a décidé de m'en aller, ce n'est pas les gens qui m'ont retirée ça. Ça m'a donné un plus (...) Tsé je me dis je le sais qu'est-ce que je vau.

Cette confiance teinte ses rapports aux autres et amenuise des enjeux relationnels décrits par certaines consœurs de travail comme faisant obstacle au plein exercice de leur leadership. Elle en parle en ces termes :

Je pense que, en tout cas, de se faire confiance et pis de savoir qu'est-ce qu'on vaut c'est une grosse chose. C'est sûr que je ne suis pas aimée de tout le monde, ça j'ai appris ça comme chef de service, tu ne peux pas être aimée de tout le monde. (On ne)...peut pas faire plaisir à tout le monde.

Cela lui permet en outre d'exprimer aux membres de son équipe, les choses qui ne sont pas toujours agréables à entendre, qu'il s'agisse de suivis à la tâche ou de feedbacks visant un correctif. Elle a pu également composer avec le discrédit jeté par certains membres de l'équipe sur son nouveau rôle, dans ses premiers balbutiements.

Cette confiance l'aide également à favoriser la transparence dans ses rapports interpersonnels, tant auprès de ses employés qu'auprès des familles et des résidents. C'est avec générosité qu'elle donne accès aux critères et dimensions soutenant ses positions, quel que soit son interlocuteur :

Moi, je pense que si on est capable de travailler en présence de la famille, il faut le faire. Parce que je pense que ça les met ben en confiance(...) Moi, je pense que plus que t'observes les choses pis que tu expliques aux gens, moi je pense que des fois tu peux prendre 15 minutes qui va te valoir une heure dans ta journée. J'ai toujours dit ça, des fois t'es cinq minutes, mais t'es dans le bon cinq minutes, pis t'as bien répondu aux attentes des gens qui sont là. Moi, je pense que ça là, en tout cas, c'est important de saisir pis plus qu'on prend de l'expérience, mieux qu'on saisit ça.

Enfin, cette confiance en elle lui permet de reconnaître le champ de compétence des membres de son équipe, sans se sentir menacée et sans amertume. Elle accepte que les préposés soient désormais ses yeux sur le plancher, et que les infirmières auxiliaires soient aussi compétentes qu'elle pour effectuer des techniques infirmières de base.

Sa façon de voir le nouveau rôle au moment de l'entrevue dépasse la simple compréhension intellectuelle; elle apparaît très intégrée. Le fait de ne plus faire de soins

infirmiers ou physiques de base n'est pas vécu comme un grand renoncement. C'est un peu comme si elle avait été prédisposée à accueillir cette nouvelle réalité, tant par sa nature que par son expérience et le contenu de sa formation académique.

(L'évaluation) j'ai toujours trouvé ça important dans mon job, mais ce n'était pas tout le temps. J'ai toujours dit que j'en faisais de l'évaluation, mais je ne la faisais pas par écrit. Là, ce qu'on a à faire, c'est de la mettre par écrit. Je pense que de faire de l'évaluation c'est différent, mais je pense que ça en prend. Il faut s'adapter, c'est ça qu'on a à faire. Bah, c'est sûr qu'on ne fait plus de glycémie pis ces affaires-là, mais moi, je trouve pas que c'est important ça. Tsé, je veux dire, je trouve que l'infirmière auxiliaire est aussi bonne que moi pour le faire.

Contrairement à certaines consœurs rencontrées, Sylvianne continue à voir l'importance et le rayonnement de son rôle au sein l'établissement. Elle se représente l'AIC comme un gros morceau au sein des comités multidisciplinaires. Là où d'autres voient une perte de pouvoir et d'autonomie – la délégation des remplacements à une coordonnatrice par exemple – Sylvianne voit un soutien technique qui la dégage et lui permet de se concentrer à d'autres tâches relevant exclusivement de sa compétence.

Elle partage néanmoins certaines difficultés et exigences vécues dans la foulée des redéfinitions de rôles et délimitation des champs de compétences. D'abord, il lui a été difficile de déléguer des tâches, qu'elle assumait habituellement, aux infirmières auxiliaires. La difficulté n'était pas attribuable à son attachement pour ces tâches mais plutôt à la perception négative accolée au geste de déléguer. En effet, ce geste était perçu comme déplacer une surcharge de ses épaules aux épaules des infirmières auxiliaires de son équipe :

Moi, ce que j'ai trouvé le plus difficile, c'est de passer le message aux infirmières auxiliaires qui doivent le faire. C'est plus dur parce qu'elles ont comme l'impression qu'on veut leur donner une surcharge de travail, pis qu'on veut se dégager des tâches à faire... C'est parce qu'elles ne voient pas tout le travail qu'on a à faire. Là, je pense que c'est un peu plus compris parce qu'avant, elles disaient qu'on leur

rajoutait du travail, elles avaient déjà beaucoup de tâches à faire, pis on leur rajoutait des choses.

Le projet d'infirmière responsable la force par ailleurs à se questionner avant d'intervenir auprès d'un patient. Cela n'est pas chose facile puisqu'elle doit prendre conscience et arrêter une impulsion qui se déclenche en elle comme un réflexe très aiguisé :

Moi, j'étais habituée de tout avoir, pis de tout prendre. Là il faut que j'apprenne à dire « Wôôw, est-ce que je la traite? » Ben, il faut que je, dans le fond, il faut que je m'interroge « est-ce que c'est assez urgent pour que ce soit moi qui la prenne? ». Pis si ce n'est pas assez urgent, ben ça va aller à l'infirmière principale (responsable de cette patiente).

Ici encore, elle vit ce questionnement comme une curiosité et un défi plutôt qu'y voir le symbole d'un pouvoir et rayonnement révolus.

Son attitude face au projet milieu de vie est en ligne avec ce qui a été relaté jusqu'à présent. Elle a été initiée à cette approche alors qu'elle occupait encore le poste de chef de service par intérim et a ainsi eu accès à de l'information abondante quant à ses tenants et aboutissants. Elle a contribué à son implantation en tant que chef de service et a notamment animé des rencontres milieu de vie en quantité. Cela lui a permis de se construire une vision nuancée de cette approche et empreinte de réalisme, dans laquelle on la sent davantage orientée vers le futur que fixée sur une nostalgie du passé. Elle est consciente des impacts d'une telle approche sur l'organisation du travail de l'équipe soignante et parle de l'importance de bien organiser le travail pour ouvrir un espace dans lequel la culture milieu de vie pourra prendre place.

Récit de Laurence

Laurence est âgée de 42 ans et compte 24 années d'expérience au sein de l'établissement. Elle est impliquée dans le projet milieu de vie depuis deux ans et assume le rôle d'infirmière principale depuis peu au moment de l'entrevue. Elle fait un bref retour sur le chemin parcouru et les compétences acquises au cours de ces 24 ans, notamment sur le plan du leadership :

Je prends du recul et je regarde mon leadership. Je regarde par rapport au fait de parler à quelqu'un, c'était épouvantable, je n'avais pas de leadership, pas du tout. Quand je suis arrivée ici, je n'étais pas capable de regarder quelqu'un dans les yeux. Juste de donner un rapport à une équipe, c'était épouvantable. Si je regarde tout le cheminement que j'ai fait, (...) j'ai mûri, j'ai cheminé beaucoup.

Et c'est précisément là que le bât blesse pour Laurence. Elle vit les changements découlant de la fusion d'établissements comme une non-reconnaissance par la direction de ce cheminement durement acquis. L'encadrement plus serré qui prévaut désormais sur la pratique infirmière est ressenti par Laurence comme une perte de liberté d'action et d'autonomie, comme un retrait de la confiance qu'on portait aux AIC avant que tous ces changements ne se déploient :

J'ai appris au cours des années à gérer mon temps, à gérer une équipe. Je suis partie de rien et je suis montée jusqu'où je suis maintenant. Mais là c'est comme, « non, tu t'en vas là, tu ne mets pas le pied là ». Avant on avait cette liberté-là, on était capable par notre jugement clinique, de dire je vais mettre en place un traitement pour telle raison. Mais lorsqu'ils sont arrivés (l'autre établissement fusionné), c'était non. C'est fini ce temps-là, « dorénavant, vous devrez prouver, vous devrez faire faire des prescriptions, vous ne pouvez plus prendre ces décisions par vous-même. Vous ne devez plus prendre ces décisions » (...) C'est arrivé comme une bombe, tu viens m'enlever tout ce que j'ai acquis pendant des années, et là, tu me dis que je ne suis plus capable de faire ça! (...) C'est comme si on nous disait, et moi, j'ai pris ça comme ça en tout cas, c'est comme si on me disait, « une partie de ce que tu as fait avant, on met ça sur la glace parce que tu n'as plus le droit de toucher à ça. Dorénavant tu devras te servir de tes supérieurs immédiats, tu devras, avant de poser un geste, demander à la secrétaire, demander à l'ergo, vous n'aurez plus le droit de prendre ces décisions ».

Elle livre son expérience avec intensité, une colère bien sentie. Elle déplore ce retrait du pouvoir qu'on leur accordait d'agir directement et spontanément selon leur jugement clinique. Un peu comme si elle n'était plus maîtresse chez elle.

Elle est impliquée dans l'animation des rencontres hebdomadaires milieu de vie depuis maintenant deux ans. Ces rencontres visent notamment à résoudre des problèmes en équipe ainsi qu'à traiter des demandes particulières formulées par les résidents. Il lui est encore difficile de faire du sens de ces rencontres, au cours desquelles elle est confrontée à des plaintes et critiques du personnel, en plus d'être à court de ressources pour répondre aux demandes des résidents :

Encore aujourd'hui, on m'oblige à les faire ces rencontres-là, et je vais te dire plus que ça va, j'ai de la misère avec ça. J'ai voulu, j'ai essayé, et pour moi, ça n'a pas plus de signification que la première journée. Malgré que ça fait deux ans que je le fais méticuleusement à tous les mercredis...

Le nouveau sens attribué à cette approche par l'organisation se heurte au sens qu'elle s'était construit du milieu de vie tout au long de sa carrière dans ce même établissement. Et ce nouveau sens en émergence ne fait pas le poids :

Quand on parle de milieu de vie (...), ce n'était pas la signification que nous on avait d'un milieu de vie. Avant la fusion, on avait créé un milieu de vie nous, dans notre milieu. Pour nous, milieu de vie a une connotation totalement différente. Nous autres, le milieu de vie, on donnait des petites douceurs à nos patients, c'était aussi simple que ça. Ne venez pas me parler d'un milieu de vie, pour moi ça ne veut rien dire parce que pour nous, dans notre tête et dans notre cœur, c'était ça un milieu de vie.

C'est au moment d'aborder le projet d'infirmière principale que le regard de Laurence devient le plus sévère. Les impacts de ce projet sur la nature des tâches à accomplir et, conséquemment, sur son rôle, se font sentir sur ce qu'elle a de plus ancré en elle, soit ses fondements identitaires. Elle évoque notamment le fait que ses fonctions de coordination, de gestion et d'évaluation la retire du plancher, de l'action, ce qui est contraire à ses besoins et sa personnalité :

Ce que je fais ici m'éloigne un peu de ce que je suis comme être humain, et je n'ai pas fait le deuil... ça continue d'être ardent... Je ne pourrai jamais le faire le deuil de ça, même si je voulais, je me mentirais à moi-même et je ne peux pas le faire (...) on m'a retirée du plancher! Mais je vais te dire, j'en fais quand même! Je ne suis pas capable de ne pas en faire! Je ne suis pas une fille de bureau, je ne suis pas une fille

pour rester assise, je suis vraiment une fille d'action donc je me trouve des moyens pour aller sur le plancher et c'est correct parce que c'est ma personnalité ça. Je suis une fille qui est active, c'est comme, quand on me donne un mandat, je n'irai pas te dire à toi, « regarde va vérifier ça pour moi », je vais le faire moi-même. J'aime être au courant de ce qui se passe, de la vie de l'unité dans le fond.

Tout en discutant, elle reconnaît qu'être dans l'action constitue non seulement une source de gratification mais également une stratégie au service de ses côtés protecteur, perfectionniste et contrôlant. Elle privilégie un accès direct aux résidents pour que l'information passe par ses propres sens : « j'aime être dans le feu de l'action, et regarder vraiment, aller voir s'il y a des rougeurs, des petites plaies ». Elle déplore la posture d'observatrice distante qui est désormais attendue d'elle :

Je vais te donner un exemple : tu aimes te baigner dans une piscine et tu fais partie d'une équipe de water-polo. Tu aimes ça et je te dis, demain matin je te prends et tu es juge de ligne! Ils te disent regarde ce qui se passe. Tu ne taperas plus sur le ballon, et tu ne te tremperas plus dans l'eau. Moi c'est comme ça que je vis ça.

Par-dessus tout, Laurence vit dans ces changements un malencontreux détour du destin. Alors qu'elle était étudiante, elle avait choisi délibérément et viscéralement de s'en tenir au DEC, justement pour s'assurer de ne jamais accéder au rôle plus administratif d'infirmière bachelière. Et voilà que le sort la contraint à composer avec ce qu'elle croyait avoir définitivement évité :

Je m'étais toujours dit, en faisant mon DEC, je n'irai jamais à l'université, parce que ce n'est pas ça que je voulais. Moi, je voulais faire un DEC point, pour être une infirmière de tous les jours et un bacc. c'était ça... Ma vision à moi (du bacc.), c'était du papier, tu étais dans un bureau, mais moi, je ne voulais pas ça! (...) Ils nous ont amenées tranquillement, avec le rehaussement des professions, à faire la job d'infirmière bachelière. Je n'en voulais pas moi de cette job-là!

L'aversion de Laurence pour le nouveau rôle repose donc sur des bases profondes. Elle donne néanmoins le meilleur de ce qu'elle peut dans cette nouvelle réalité, en s'empressant de préciser que le cœur n'y est pas.

Le passage des soins à la gestion/coordination d'une équipe soignante s'est par ailleurs traduit par d'importants changements sur le plan des relations avec ses interlocuteurs. C'est sur cette dimension que Laurence dit avoir mis en chantier le plus d'éléments de sa personnalité. Il lui fallait passer d'un rapport d'amitié à un rapport d'autorité :

Pour moi, tout le monde était fin, tout le monde était correct, je ne voyais pas de méchanceté. Je voulais être chum avec tout le monde. J'ai appris aussi à couper ça. À être vraiment, « je suis ta patronne, je te gère en tant qu'employé. Que tu m'aimes, que tu ne m'aimes pas, je vais te faire des réprimandes même si tu es fine ». J'ai trouvé ça difficile à faire. (...) Je me suis dit un moment donné, je ne suis pas ici pour me faire aimer. Tu ne m'aimes pas, tu as le droit de ne pas m'aimer. J'ai de l'orgueil moi aussi, et toute ma vie c'était, je veux que tu m'aimes.

Cela lui a demandé de courir le risque de se faire haïr et de surmonter des enjeux relationnels très menaçants. Il lui fallait notamment agir de façon contraire à ce que lui commandaient ses routines interpersonnelles, soigneusement confectionnées et éprouvées avec les années :

Comment je vais dire non? Comment je vais faire? Je ne veux pas me faire haïr. Et je pourrais dire «oui» c'est plus simple comme ça. Tu risques le tout pour le tout. (...) Quand tu dois reprendre quelqu'un, et que tu as un bagage, tu te dis, il ne faut pas que je me fasse haïr dans tout ça parce que j'ai à travailler cinq jours par semaine avec cette personne-là, comment je vais faire?

Responsabiliser les membres de son équipe, cesser de dire oui à toutes formes de demandes, déléguer, donner son congé à la sauveuse, à la Mère Térésa en elle, à celle qui ne veut pas déplaire, à la perfectionniste/contrôlante, voilà autant d'aspects d'elle-même que Laurence a remis en question dans le cadre des rapports découlant du nouveau rôle. C'est accompagnée d'un professionnel de la relation d'aide qu'elle a effectué cette remise en question. Cet accompagnement lui a en outre permis de faire des deuils, dégageant ainsi l'espace nécessaire à effectuer de nouveaux apprentissages :

J'ai dit, « j'ai besoin d'aide » et à partir de là, j'ai commencé à grandir, à faire des deuils, à accepter de faire des deuils, pour être capable d'évoluer. Apprendre à dire non, arrêter d'être fine avec tout le monde, de tout prendre sur mes épaules, de

vouloir tout régler. Je prenais tout, autant à la maison qu'au travail, je gérais tout. Il fallait que je sois bonne partout, j'avais une pression incroyable, il fallait que je ne déplaie pas, il fallait que je sois toujours bonne. Effectivement, lorsque tu es perfectionniste, c'est ça! C'est le contrôle d'une certaine manière... (...) Ce qui m'a le plus ébranlée, c'est ma personnalité, vraiment c'est les changements que j'ai dû lui apporter à cette personnalité. Ne pas déplaire. Sauver! C'est venu tout chercher ça. De dire non, ça été le pire, apprendre à dire non. Oui! Dans le fond, c'est ça le pire! (...) J'en prenais trop sur mes épaules. J'ai compris que je voulais sauver tout le monde (...) Cela faisait partie de ma personnalité et de mon perfectionnisme, et de ne pas décevoir (...) Toute ma vie était basée sur ça! Il a fallu que j'apprenne à dire non, et que j'apprenne à retourner le tout, ce n'est pas facile. Et tu as un bagage avant ça! Tu as un bagage de vie, tu ne deviens pas infirmière pour rien!

Bien que cette traversée ait été exigeante et intense, Laurence dit en ressortir épanouie et grandie. Indice de la profondeur des changements qu'elle a ainsi pilotés en elle, elle souligne que sa nouvelle façon d'être dépasse les limites de son travail et gagne d'autres sphères de sa vie :

On m'a dit que je suis devenue plus rigide. Avant une maman ne disait jamais non, ça faisait tout. Mais quand la maman et l'infirmière se sont réveillées (...) je me suis dit, « ça va faire, on remet les affaires à la bonne place ». Il y a eu de l'impact partout. Je suis convaincue qu'ils (les membres de sa famille) diraient « on l'a vue changer ». Un moment donné, j'ai changé... je m'en suis aperçue. J'ai commencé à mettre mes culottes et à dire, « ça va faire, tout le monde vit dans la même maison, tout le monde va faire des affaires ».

Récit de Gaëlle

Gaëlle est âgée de 54 ans et exerce la profession d'infirmière depuis plus de 25 ans. Elle a fait son entrée en CHSLD il y a 10 ans après un séjour dans le milieu hospitalier. C'est une insatisfaction personnelle qui a motivé son choix de poursuivre sa carrière en CHSLD. En effet, la rapidité d'exécution alors exigée à l'hôpital la privait de pratiquer le nursing tel qu'elle l'avait appris et le concevait :

Le nursing, c'est d'écouter les symptômes de ta patiente, avoir le temps d'écouter un peu. Je savais gérer mon temps aussi, mais au moins te rendre compte que la patiente n'est pas bien, parce qu'on est là pour ça, pour remédier à ses problèmes. En

arrivant ici, je pouvais le vivre plus mon nursing, pas juste faire des soins techniques à répétition, comme une chaîne de montage dans une usine.

Les changements actuels apportés à son rôle, l'introduction de nouvelles tâches d'évaluation, d'animation, et des contacts avec des familles exigeantes mobilisent beaucoup de son temps. Sans compter l'utilisation grandissante d'applications informatiques pour rendre compte de son travail, sur lesquelles elle est lente car peu familière. Résultat, elle déplore ne plus avoir de temps pour son nursing :

Je n'arrive pas à tout faire, je n'arrive même pas à faire mon nursing. Parce qu'il y a plus de soins aussi, les gens sont plus malades. On dirait qu'on n'a plus le temps, l'infirmière, de faire notre nursing. Moi, je suis une infirmière et on dirait qu'ils pensent (la direction) qu'en soins de longue durée, il n'y a plus personne de malade! (...) Ce n'est plus des gens (les résidents) qui sont semi-autonomes, c'est des gens malades. Ça s'appelle un hôpital, mais ils ne veulent pas reconnaître que ça s'appelle un hôpital. On ne veut pas reconnaître que nous les infirmières on a à donner des soins de médecine active.

Gaëlle reconnaît à regrets qu'il lui faut faire le deuil du temps qu'elle consacrait jusqu'alors à prodiguer elle-même des soins de qualité. Elle sait qu'elle doit maintenant déléguer la majeure partie des soins infirmiers de base à l'infirmière auxiliaire et n'intervenir directement qu'en cas d'urgence. Ce qui la confronte à des enjeux relationnels et des deuils beaucoup plus profonds :

J'ai aussi à faire un deuil dans ça car je n'ai pas l'habitude de déléguer. En tant que personne humaine, je suis capable de tout faire, et j'en ai de la résistance, donc pour moi, c'est un deuil à faire aussi. Mon deuil, c'est aussi quand je sens que je surcharge quelqu'un d'autre, et que moi je n'y arrive pas. Il faut que je fasse le deuil de la fille qui est capable de tout faire.

Elle explique à quel point la culpabilité motive ses actions depuis sa tendre enfance. En effet, pour éviter des réactions de refus et de mécontentement qui alimentent son sentiment de

culpabilité, Gaëlle a développé au fil des ans une identité de superwoman. La superwoman en elle pouvait tout assumer sans jamais rien demander. La superwoman en elle avait ainsi trouvé une recette quasi infaillible pour être aimée :

Mon principal pattern, depuis que je suis petite je faisais tout pour me faire aimer (...) Si mon infirmière auxiliaire me disait qu'elle n'avait pas le temps et me disait que je lui donnais trop de choses, je prenais ça et j'en faisais de la culpabilité. Je me demandais si je pouvais être encore plus superwoman. J'ai de la misère à déléguer à cause de ça (...) Je préférais faire toutes les choses, la superwoman qui faisait tout, et j'étais comme ça en tant que mère. (De cette façon) je n'avais pas à absorber la réaction de l'autre qui me disait « ça va faire là, je ne peux pas en prendre plus ». J'ai de la difficulté avec ça.

Ce pattern se trouve actuellement confronté par les visées de responsabilisation inhérentes à la culture milieu de vie. Elle se doit d'exiger des membres de son équipe qu'ils assument eux-mêmes les tâches et responsabilités relevant de leur champ de compétences. La nouvelle réalité la pousse donc à émettre des conduites qui changent la nature de ses rapports interpersonnels et qui l'exposent au risque de recevoir une réaction qu'elle était devenue experte à éviter : mécontentement, critique ou refus, autant de déclencheurs de sa culpabilité.

Cet inconfort face aux réactions chargées négativement est également à la base de sa difficulté à animer les rencontres hebdomadaires milieu de vie. Gaëlle se sent bloquée devant les contraintes et obstacles formulés par les membres de l'équipe aux demandes des résidents. Elle s'en trouve même renvoyée aux émotions qui l'habitaient lors des crises familiales de son enfance, perdant ainsi tous ses moyens :

À chaque fois que j'essaie d'amener un problème, une situation quelconque, l'équipe - j'ai des préposés, et une infirmière auxiliaire - ils m'expriment leurs désapprobations. Mais ce n'est pas ça, ils m'expriment leurs difficultés à eux-mêmes (...) C'est un peu comme quand j'étais jeune à la maison, le budget. Moi je viens d'une grande famille. Tout ce qu'on entendait c'était au sujet des sous, tu comprends! Tu voulais avoir quelque chose et la crise éclatait, c'était toujours à cause des sous. Et moi je ne suis pas capable, ma difficulté est là, quand les filles arrivent avec les contraintes, je vais te dire, je n'ai pas réussi encore à surmonter ça.

En plus des enjeux personnels ravivés par ces situations, elle éprouve beaucoup de frustration devant sa difficulté à animer une rencontre milieu de vie idéale et aimerait être soutenue pour savoir comment s'y prendre.

Familles exigeantes, divergences à traiter en rencontre d'équipe, réactions négatives à ses demandes ou efforts de délégation légitimes, la nouvelle réalité de Gaëlle recèle d'innombrables occasions de faire face à de l'adversité. L'ennui est qu'on lui interdit désormais le recours à ses stratégies de prédilection en pareilles circonstances. Place à l'apprentissage! C'est ce que Gaëlle s'emploie à faire depuis plusieurs mois avec l'aide d'un professionnel. Premier défi, dépersonnaliser la critique ou la réaction négative, reconnaître qu'une réaction négative d'un interlocuteur n'est pas forcément une attaque personnelle :

Je prends moins les choses de façon personnelle. Je suis capable maintenant d'avoir une vision plus élargie, que ce n'est pas toutes des attaques qui sont contre moi. Je suis capable, quand quelqu'un m'amène une critique ou une idée contraire à ce que je pense, je suis capable maintenant d'aller chercher pourquoi la personne a dit ça. Je suis capable de départager ça, que ce n'est pas quelque chose contre ma personne.

Ce recadrage étant intégré, elle trouve maintenant l'espace et l'audace d'émettre des conduites en ligne avec l'exercice de son leadership, telles que formuler des recommandations, des feedbacks correctifs et prendre davantage sa place à l'intérieur de son champ de compétence pour trancher une divergence y relevant. Sa façon d'exercer son leadership s'en trouve donc transformée :

Avant j'étais leader des filles mais j'étais plus dans faire les choses pour être aimée. Tandis que maintenant je suis leader mais je suis plus capable de l'assumer (...) Maintenant je suis capable de dire aux filles, par exemple, s'il y a quelque chose au niveau des soins qui n'était pas correct, je vais en réunion d'équipe et je fais un rappel général (...) Je suis capable d'aller m'asseoir avec la personne, pour amener une correction de la situation et ça je pense que c'est dans mon rôle de leader (...) En développant mes habiletés de leader, je suis capable maintenant de donner un feedback à l'infirmière auxiliaire (...) Souvent je garde l'infirmière auxiliaire et je lui dis, « viens j'aimerais ça qu'on étudie le rapport ensemble », et je suis capable de faire des recommandations, qui font partie de mon leadership. Je suis capable de lui dire « j'aimerais ça que ça soit cela qui soit surveillé » (...) J'aurais pu dire, « ah

non, moi leader ce n'est pas dans mes cordes sensibles, je n'aime pas ça », mais c'est le contraire, j'ai vraiment un plaisir et j'ai découvert que j'avais ces habiletés-là. Je m'appuie beaucoup sur les champs de compétences et je m'appuie beaucoup sur les maillons de la chaîne. La préposée, chaque membre de l'équipe est aussi important mais c'est moi qui a à gérer tout ça, c'est dans ma responsabilité.

Outre les bénéfices significatifs de son cheminement personnel, Gaëlle souligne qu'une organisation du travail mieux définie, des rôles et champs de compétences mieux balisés lui donnent également les coudées plus franches pour exercer son rôle de leader. Cette reconnaissance formelle du pouvoir et des rôles découlant de la fusion d'établissements est vécue comme une condition facilitante :

Ça m'a donné un sentiment de pouvoir pour gérer l'équipe. J'ai ce pouvoir-là. Et les filles comprennent ça que c'est l'infirmière qui a le dernier mot. (...) Ce qu'il y a de positif dans ça, c'est que justement mon champ de compétences, moi premièrement je le reconnais et je suis capable de prendre ma place et je suis mieux en mesure de gérer tout ça. Je suis plus capable d'être un leader. Maintenant je suis plus capable de l'assumer parce que c'est bien organisé.

Sur le plan des rapports interpersonnels, celle qui se devait de voir tout le monde sur un pied d'égalité reconnaît aujourd'hui que son champ de compétence lui confère de l'autorité qu'elle se doit d'exercer quand la situation l'exige, fût-ce au prix de quelques grognements qu'elle peut maintenant encaisser :

Elles me reconnaissent comme la chef, à cause de mon approche avec eux. Lorsque j'ai à trancher, je tranche et là, les filles disent que c'est ben correct, elles me suivent. Oui, et elles reconnaissent que oui, c'est l'infirmière qui est responsable et qu'on est obligé de parler d'autorité.

Récit de Madeleine

Âgée de 52 ans, Madeleine présente près de vingt années d'expérience au poste d'infirmière. Elle attribue à la fusion d'établissements la plupart des changements dont elle fait

l'expérience en matière d'organisation du travail. Avant la fusion, son rôle en était un de support dans l'action auprès des membres de l'équipe soignante :

À l'an 2000 (...) on allait sur le plancher, près du bénéficiaire, aider les auxiliaires à faire leurs tâches, faire leurs pansements. On faisait des soins directs, on faisait encore une partie des pansements le midi pendant que l'auxiliaire allait dîner. On passait les médicaments, on faisait des soins directs.

Elle a été retirée du plancher pour consacrer son temps aux nouvelles tâches de gestion et d'évaluation :

Depuis la fusion, ça nous a été complètement enlevé. (Avant), on faisait des glycémies capillaires, des insulines (...) aujourd'hui s'ils nous voient, l'infirmière clinicienne ou l'infirmière chef, faire ces choses-là on est regardé en voulant dire « ce n'est plus ça ton travail, ton travail c'est un travail d'évaluation, et non pas à faire des insulines ». En plus maintenant, on fait plus de gestion.

Madeleine est partagée quant aux nouvelles procédures à suivre en matière d'évaluation.

D'un côté, elle soutient que les nouveaux outils et grilles à compléter enrichissent les paramètres à considérer en situation d'évaluation. Par ailleurs, elle a l'impression que leur utilisation standard et systématisée est un affront à sa compétence et à son jugement clinique. Elle aurait bien aimé demeurer autonome pour décider du quand et du comment elle effectue toute évaluation :

On est obligé de faire des feuilles pour voir tous les problèmes alors qu'on sait sans faire la feuille que telle, telle affaire ce n'est pas un problème. Ce manque de reconnaissance-là, de compétence qu'on pourrait dire, on pourrait même aller jusqu'à dire que les dirigeants voient un manque de compétence en nous, puisqu'ils nous donnent toutes les directives sur comment agir.

Elle se serait sentie davantage reconnue si on lui avait dit : « je te laisse libre d'utiliser ton jugement pour utiliser les feuilles qui sont toutes là, que j'ai créées moi, l'infirmière clinicienne. Mais je te laisse utiliser celles que tu veux, dont tu as besoin ». Cette systématisation de

l'évaluation lui donne parfois le sentiment de faire des choses inutiles. Tout cela manque de sens à ses yeux.

La distance avec le plancher, inhérente au nouveau rôle, entraîne de nombreux impacts pour Madeleine. L'un des principaux à son sens, est de ne plus avoir accès directement à l'information dont elle a besoin pour prendre ses décisions. Elle apprivoise le fait de devoir décider sur la base d'informations qui lui sont rapportées par les membres de son équipe soignante, ce qui n'est pas sans entraîner certains changements sur le plan relationnel. Elle a maintenant besoin de leurs observations pour décider :

Tu n'es pas là, toi-même avec tes yeux, pour dire : « Ah oui! Elle a tel problème cette dame-là! ». Il faut que tu demandes aux autres et eux vont te donner le problème mais après ça, l'information, tu vas l'évaluer.

Dans un tel contexte, la confiance envers ses employés devient primordiale et faire confiance ne va pas de soi :

Il faut que je me fie toujours à mon personnel qui est sous moi quand ils m'apportent le problème (...) Ça a augmenté mon stress parce que j'ai à gérer beaucoup plus de choses qu'avant. J'ai à évaluer tout en me fiant aux autres et parfois je sais que les autres, lorsqu'ils m'apportent un problème, ils exagèrent...

Elle craint ainsi de prendre des décisions dont la logique serait discutable, un peu à l'image de ce qu'elle vit parfois face aux décisions de la direction :

Je me dis, si moi je reste dans mon petit coin de bureau et que j'ai à faire de la gestion et à prendre des décisions, est-ce que je vais être comme eux-autres (la direction), pas toujours logique dans ma décision? Ça me rend fébrile de penser à ça. Ça me fatigue, parce que je voudrais rester dans la réalité. Quand je suis toujours cloisonnée dans mon bureau je ne le suis pas toujours dans la réalité...

Ses responsabilités de gestion, coordination et d'évaluation se traduisent notamment par le développement de rapports différents avec les membres de l'équipe soignante. À cela s'ajoute

une dynamique différente avec les spécialistes qui gravitent autour des bénéficiaires. La nouvelle organisation de travail balise désormais clairement leur champ de compétence disciplinaire en matière d'évaluation et de traitement. Madeleine rapporte un renversement complet de la dynamique relationnelle avec ces spécialistes, dans laquelle elle a l'impression de ne plus avoir sa place :

Depuis la fusion, tout part des thérapeutes qui se sont rajoutés. Là, je dois suivre toutes ces recommandations de tous ces spécialistes-là qui viennent cinq minutes, dix minutes. Ils ne sont pas à l'écoute de la nurse qui est là pour prendre, comment je dirais ça... dans toute la journée elle est là pour voir tous les problèmes.

Pour Madeleine, tout part maintenant des thérapeutes alors qu'avant, tout partait d'elle :

Avant ça, je pouvais évaluer et dire : « oui, on la met au levier (cette dame-là) ». Aujourd'hui, on appelle la physio, la physio l'évalue (...) ils peuvent me donner des choses que je dois faire, mais ça ne répond pas à la réalité du département.

Non seulement perd-elle une certaine forme de pouvoir dans une telle situation, elle doit également composer avec des réactions négatives des membres de son équipe, qui ne sont pas toujours en faveur des recommandations formulées par le spécialiste. Ici encore, son rapport aux autres de même que son leadership s'en trouvent affectés.

Madeleine voit dans ces situations, une déplorable lutte de pouvoir qui a pour effet de fragmenter le bénéficiaire plutôt que de le traiter avec une vision globale. Elle se questionne également sur l'intérêt qu'on porte vraiment au bien-être du bénéficiaire :

Il y a tellement de gens qui gravitent et qui ont besoin de mettre leur pouvoir, qu'on perd vraiment le bien-être du bénéficiaire (...) (Les spécialistes), il faut qu'ils gardent leur pouvoir parce qu'il faut que ce soit... leur rôle... il faut qu'ils soient utilitaires... et le rentabiliser aussi s'ils veulent le garder!

Pour influencer le sens d'une décision prise par un spécialiste, il lui faut désormais consacrer temps et énergie à se préparer, pour présenter son dossier en équipe multidisciplinaire. Par exemple, lorsqu'il s'agit de faire accepter l'utilisation d'un levier pour une bénéficiaire:

Ça a pris combien de jours, peut-être une semaine avant de régler ça, parce qu'on a fini par une rencontre multi et pendant ce temps-là, je ne pouvais pas faire mes rôles d'évaluation. J'en ai fait mais moins, car je devais travailler là-dessus, préparer la rencontre. Maintenant on a de plus en plus de rencontres multi et parfois, ils finissent par nous croire, et accepter l'utilisation du levier.

Il en ressort une frustration de ne plus être en mesure de tout régler rapidement, comme à l'époque où l'on considérait encore les infirmières comme multidimensionnelles. Cela la frustre dans son besoin de compétence et son sentiment d'utilité. Il lui est parfois difficile de faire le deuil de cette prise directe qu'elle détenait auparavant sur la plupart des problèmes rencontrés dans son quotidien de même que sur la mise en œuvre des solutions à ces mêmes problèmes. Le fait de devoir traiter et discuter d'une problématique avec autant d'interlocuteurs dotés de leurs champs de compétences exclusifs complexifie et ralentit le processus de résolution des problèmes. Elle a du mal à composer avec la frustration des préposés devant les délais de réponse qui s'allongent parfois et qui sont hors de son contrôle :

Quand on a fait notre cours nous, les infirmières, on était multidimensionnelles dans le sens qu'on jouait un peu la psychologue, la physio, l'ergo, on jouait tous ces rôles-là. On était comme des pivots, ce qui fait que tout ce que je pouvais régler je le faisais.

Le projet d'infirmière responsable l'expose également à ce genre de frustration, puisqu'elle doit maintenant référer les demandes courantes concernant un bénéficiaire à l'infirmière qui en est responsable plutôt que de régler ces questions sur-le-champ. Par exemple, pour une question de fauteuil roulant :

Il faut que je laisse la note dans le cahier de l'infirmière qui est responsable d'elle. Mais à ce moment-là, ça frustre un peu les préposés : « ça fait une semaine que je t'ai dit ça! » Parce qu'eux n'attendent pas. Quand ils voient le problème, ils le disent à l'infirmière qui est là, même si ce n'est pas moi qui est responsable. C'est dans ce sens-là que ça crée des frustrations de part et d'autre. Avant ça, ce qu'ils me donnaient dans la journée, je le réglais rapidement, ils ne pouvaient pas dire que... Tandis que moi, là, je n'ai plus la responsabilité de régler ce qui ne concerne pas mon bénéficiaire, il ne faut pas que j'y touche même si j'aurais envie de dire : « c'est

vrai, ça fait deux fois que tu me le dis. Je vais appeler l'ergo. Je vais appeler telle personne pour régler ça ». Aujourd'hui, avec tous les thérapeutes qui gravitent autour, c'est ce qui fait que la gestion devient plus difficile, parce que ça ne se règle pas tout de suite... Avec le projet d'infirmière principale, c'est encore pire!

La nouvelle organisation de travail entraîne aussi dans son sillon des impacts dans son rapport avec les bénéficiaires. Elle n'a plus la même exclusivité, dans la relation comme dans la confiance qu'ils lui portaient auparavant :

Quand j'ai été formée, on était dans la globalité du patient avec le côté humanitaire. Le bénéficiaire se confiait beaucoup à nous parce qu'à ce moment-là, il savait que c'était nous le pilier pour régler le problème. Ça partait de moi. Aujourd'hui, les bénéficiaires vont se fier beaucoup moins à nous parce qu'on est tous disséqués maintenant. Chacun arrive faire son petit traitement.

Outre les pertes et inconvénients vécus dans le cadre de la nouvelle organisation du travail, Madeleine n'en a pas moins réalisé des apprentissages forts significatifs. Ces apprentissages touchent principalement la dimension interpersonnelle et se transposent à plusieurs sphères de sa vie. Au cœur de ces apprentissages, on retrouve une plus grande place laissée à ses interlocuteurs, tant au travail que dans sa vie personnelle. Au travail, elle s'applique à impliquer les membres de son équipe dans les décisions sur lesquelles ils peuvent se prononcer. Elle sait à quel point cela contribue à la motivation puisqu'elle dit manquer elle-même de cette forme de considération de la part de la direction de l'établissement. Son retrait du plancher l'aide également à valoriser l'importance de la contribution de ses préposés; ils disposent maintenant d'une connaissance de la réalité qui dépasse la sienne et qui lui est précieuse dans son processus décisionnel :

C'est tranquillement en étant en équipe que j'ai appris à dire que quand je donne des ordres, j'ai beau dire que je fais ça pour le bien du bénéficiaire et parce que je suis responsable de lui, mais finalement l'autre s'implique moins. Donc c'est comme ça que j'ai fini par comprendre que c'est mieux de prendre des décisions en groupe. (...)

parce qu'elle a une réalité (la préposée), parce que maintenant, elle est sur le plancher alors que moi, je ne le suis plus. Elle a une réalité beaucoup plus importante que la mienne. Et c'est de respecter cette réalité-là, la reconnaître, la respecter. J'ai eu à faire des deuils, des lâcher-prises. Maintenant, je sais que le pouvoir ça ne donne absolument rien. Tu arrives à la fin de ta vie et tu n'es pas heureux d'avoir vécu seulement en imposant tes ordres et ton pouvoir sur les gens.

Ces changements l'ont amenée à réfléchir sur les inconvénients liés à ses propres traits de sauveuse, de contrôlante et notamment aux inconvénients liés à la place qu'elle prenait dans une interaction : « *on est porté, nous les infirmières, à être des sauveuses. On ne l'est pas juste avec les bénéficiaires, on l'est aussi avec les familles et les autres* ». Elle porte un regard critique sur le Sauveur qu'elle était :

Je me suis rendue compte qu'en jouant trop au Sauveur on prend la place de l'autre, ce n'est pas mieux. Comme Sauveur on est contrôlant. Comme j'ai dit tantôt, en prenant toute la place. On ne se rend pas compte quand on est Sauveur, et on dit : « j'ai fait ça pour t'aider, comment ça tu n'es pas contente? » C'est inconscient tout ça.

Elle a également nuancé le sens qu'elle donnait à l'expression « être responsable de » :

Le mot responsabilité ça (voulait) dire que tu vois à ce que tout le monde soit bien, soit heureux donc il faut que tu organises tout le monde. Parce que tu es responsable du bénéficiaire, c'est à toi de décider ce qui est bien pour lui.

Être responsable était alors synonyme de tout faire seule ou d'être la seule à savoir. Aujourd'hui, elle demeure responsable d'un nombre déterminé de bénéficiaires mais réalise qu'elle n'est plus seule à décider de ce qui est bien pour eux. D'autres intervenants dotés de leurs champs de compétence – qu'il s'agisse de physiothérapeutes ou de préposés aux bénéficiaires – participent également à cette mission. Cette responsabilité est désormais partagée et, selon le témoignage de Madeleine, cela suppose beaucoup d'ajustements sur le plan des interactions professionnelles ainsi que sur le plan personnel.

Récit de Charlotte

Charlotte est âgée de 45 ans et pratique la profession d'infirmière depuis près de 25 ans. C'est à titre d'infirmière auxiliaire qu'elle a amorcé sa carrière, « *pour le contact humain, le contact du patient* », dit-elle. Désirant assumer plus de responsabilités, elle se dote des pré-requis nécessaires pour assumer le poste d'infirmière et obtient cette opportunité en 1990.

La nature des tâches qui constituent aujourd'hui son nouveau rôle recèle plusieurs pertes pour elle, notamment sur le plan des contacts humains :

C'est comme, on me retire des soins, on me retire du patient pour faire plus de paperasse, faire des évaluations... C'est ce que je ressens. C'est comme ça que je me sens. Moi, quand j'ai fait mon cours, c'était pour le contact humain, le contact du patient. Sauf que là, bon ben là, on me dit « regarde, tu vas faire du secrétariat ». C'est qu'on m'enlève des soins pour faire plus de la gestion de patients, de conflits de personnel, autres choses comme ça. Ce n'est pas ça que je veux!

Au moment de l'entrevue, Charlotte vit donc une dissonance importante entre ce qu'elle fait et ce qu'elle veut faire. Sa représentation du nouveau rôle et de la nouvelle organisation de travail – bureaucratie, gestion, paperasse et secrétariat – comporte bien peu d'attraits.

Il en va de même de ce qu'on entend désormais par milieu de vie. Cette expression ne fait pas le poids devant ce qu'elle désigne comme « *le vrai milieu de vie* » pour elle :

Ben des fois, bon ben, on décidait d'acheter une caisse de bière, puis on passait la bière aux gens dans l'après-midi avec un petit sac de chips, des petites grignotines. Tsé, c'est comme, on mettait de la musique spéciale, on les regroupait. Moi, je considérais que cette période-là, ce qu'on a vécu, ça, c'était le vrai milieu de vie...

Elle se rappelle un milieu où les contacts humains faisaient partie du quotidien, où l'on savait toujours à qui on parlait au sein de la communauté d'employés.

Une part importante de son rôle consistait, jusqu'alors, à aider les membres de l'équipe soignante à compléter leurs tâches : « *Souvent j'aidais. Si l'infirmière était trop débordée, j'allais prendre les glycémies, les tensions, j'allais évaluer, je donnais la médication, je faisais des pansements. Tandis que là c'est « non, non, t'as pas le temps de faire ça ».* Elle mettait donc la main à la pâte et prodiguait soins physiques et infirmiers de base ce qui, bien sûr, était non seulement apprécié mais désormais attendu des auxiliaires et préposés de son équipe. Son retrait du plancher a ainsi créé des ondes de choc tant pour elle que pour l'équipe, qui discrédite ouvertement la nature de son nouveau rôle :

Combien de fois on se fait dire « hey! l'infirmière a de la corne sur les fesses » là tsé, pis « on sait ben, elle est toujours pognée en arrière », des commentaires comme ça qui ne sont pas plaisants. « L'infirmière, c'est rien qu'une pousseuse de crayon ». Maintenant, je leur dis, « vous passez par l'auxiliaire avant de passer par moi ». Pour eux aussi c'était une adaptation. Fallait qu'ils le fassent. Ils ne comprennent pas non plus. Moi non plus... regarde, on s'adapte tout le monde.

Le changement de son rôle se traduit en des changements de rapports importants avec les membres de l'équipe. L'exercice d'une forme de supervision auprès des employés la confronte à la nécessité de transformer ses routines interpersonnelles pour établir un nouvel équilibre dans cette réalité émergente. Les visées de responsabilisation inhérentes à la culture milieu de vie l'interpellent également dans ses fondements identitaires :

J'ai un travail personnel à faire aussi. Je suis un genre qui prend beaucoup les devants. Je veux rendre service. J'en fais peut-être toujours trop. Le fait de déléguer, j'ai de la difficulté. Moi, j'ai l'impression que si je suis capable de le faire, je vais le faire. (J'étais) un genre de personne timide, qui ne disait pas un mot pis qui faisait son affaire pis qui était soumise là, tsé. Genre, (...), qui veut être fine et aimée de tout le monde au détriment de mon temps, au détriment de... Tsé, combien de fois que je ne prenais pas de pause, pis que je ne partais d'ici avant très tard et je ne réclamais rien. Je ne prenais pas de pauses, rien. Je ne demandais rien. Mais, j'ai aidé. J'ai été fine, j'étais là, j'ai aidé.

Elle comprend ce qui est maintenant attendu d'elle. Quand elle effectue dans l'action certains gestes correspondant au nouveau rôle - qu'il s'agisse de demander, responsabiliser, déléguer ou émettre un feedback – elle n'aime pas toujours ce qu'elle voit d'elle et vit, ici encore, une forme de dissonance entre ce qu'elle fait et ce qu'elle est :

Si t'es débordé pis que ça rentre dans tes tâches, faut que je te relance dans tes affaires, faut que tu t'organises. J'ai un petit peu de misère avec ça. Je le sais que tu es dans le jus, mais regarde ça rentre dans tes tâches. Moi, c'est comme dire ben, je suis moins disponible. Je me vois comme moins aidante, moins... Moins serviable. Parce que je leur dis « non » plus souvent, je les revire plus souvent... Je ne me sens pas fine, je me sens... Je ne sais pas, ça fait ce feeling-là, de sentir... Dire non. Dans le fond c'est un non que je dis et j'ai de la misère à dire non. Je me trouve bête. Ce n'est pas moi ça... Ce n'était pas moi. Maintenant, je trouve que ça m'arrive plus souvent qu'à mon tour...

Ses dernières phrases évoquent une forme de transformation. On l'entend presque dire : « C'était moi et ce ne l'est plus ». C'est par son aide, sa serviabilité et son dévouement qu'elle établissait ses rapports avec les autres et récoltait valorisation et appréciation. Outre le fait qu'on lui interdise maintenant d'aider en faisant pour l'autre, ses fonctions de supervision l'entraînent dans des rapports qui sont passablement éloignés de la relation d'aide. Elle illustre cette différence par le rôle qu'elle a dû jouer auprès d'un employé en difficulté :

Il est dépassé, j'ai même peur, parce que regarde, il parle de suicide là tsé. Je sais que ça ne va pas, mais est-ce que je peux faire autre chose que le faire mettre à la porte, là? Il a besoin d'aide, il a besoin d'être supervisé, il a besoin... Tsé, c'est comme, il n'a pas besoin d'avoir un couteau dans le dos, et j'ai l'impression que c'est ce que je faisais.

Ces situations de gestion lui ont permis de réaliser concrètement la portée du changement de rôle et d'en faire l'expérience. Elle s'est alors retrouvée face à un dilemme qu'elle devait trancher :

Je me dis, si c'est ça mon travail maintenant! Je fais 80% plus de gestion de personnel, de conflits, pis d'écoute quand ça ne marche pas, (...) que de passer du temps avec le patient. Souvent, je me suis dit : « Qu'est-ce que je fais là? » Ce n'est pas ça que je veux! Ce n'est pas (faire) des soins au personnel que je veux!

Elle s'est questionnée, a contemplé les conséquences liées au fait de partir puis a fait le choix de rester, poursuivant ainsi les apprentissages nécessaires à retrouver un nouvel équilibre dans ce nouveau rôle.

Dans la foulée de ces apprentissages, elle a en outre pris conscience des inconvénients de l'identité qu'elle s'était forgée :

J'étais ben aimée, ah oui, mais on pouvait ambitionner sur moi aussi. « Elle, c'est un tapis qu'on pilote, pis on fait tout ce qu'on veut avec elle ». N'importe qui passe, on s'essuie (les pieds), pis on repasse. Sauf qu'aujourd'hui le tapis a viré de bord. Il a des piquants, pis je choisis qui passe dessus.

Elle a ainsi confronté des croyances bien ancrées relativement à toute la place qu'elle laissait à l'autre pour se garantir son amour. Bien que ce soit encore inconfortable, elle prend davantage sa place en relation et se dit désormais capable d'interventions qu'elle ne se serait pas permise par le passé :

Mais là, ce qu'on me demande c'est : « toi, t'es la supérieure et lui le préposé. C'est ton employé, pis tu vas te faire respecter ». Ouff!! Là, on me demande de me changer au niveau du caractère. Moi, ce n'est pas de même que je le voyais. Moi, ça a toujours été dans l'équipe, on est tous sur le même niveau. Il y en a qui me disent ça que j'ai changé. Au début, quand j'avais une demande à faire auprès d'un préposé, je me disais « oh mon Dieu! comment je vais lui demander ça » ou « hey! je ne vais pas lui demander ça, comment il va réagir, il ne voudra pas ». Aujourd'hui, c'est comme regarde : maintenant c'est comme ça, il faut que tu fasses telle affaire, pis le patient...Et, si on me réplique : « Ah-là commence pas ... », je suis en mesure de répondre : « Désolée mais regarde, tu vas trouver le temps, pis c'est comme ça ». Ce que je ne faisais pas avant. Un comportement qu'a un membre du personnel qui n'est pas correct pis qu'on me dit tu vas le rencontrer (...) hey! avant, c'était voyons donc! Je n'étais pas bien là-dedans. Mais aujourd'hui, c'est comme « telle attitude, il faut que tu changes ça, c'est pas correct ».

C'est avec une belle candeur qu'elle souligne qu'on l'aime quand même finalement : « Vois-tu les commentaires que j'ai c'est « regarde ça va bien dans l'équipe, on a une bonne chimie, une bonne complicité ».

Elle enchaîne avec les lâcher prises sur lesquels elle planche encore. Ils sont étroitement liés aux rapports professionnels qu'elle entretient avec les membres de son équipe. Pour responsabiliser ses troupes, il lui faut lâcher prise sur son contrôle et son perfectionnisme; il lui faut également cesser de couvrir les erreurs ou oublis de ses employés et apprendre à leur faire confiance :

Le patient ne sera pas (installé) comme je le veux, mais il va être installé. Le fait qu'il faut que j'apprenne, que je fasse confiance au personnel. Souvent, au lieu d'aller vérifier, il faut que je me fie à ce qu'ils disent. Ça, c'est un gros lâcher prise pour dire « je ne vais pas revérifier, je considère que s'il est employé, c'est parce qu'il est capable de faire les tâches ». S'ils ne le font pas, c'est eux autres qui vont se faire taper sur les doigts. Moi (avant), je lâchais mes affaires. Quand ils ne faisaient pas (leur travail), je partais et j'allais le faire.

Enfin, son sentiment de compétence est également interpellé par les changements en cours. Sur ce plan, son rôle de supervision l'amène à recevoir plus de questions de gestion de la part des employés. Elle n'a pas toujours de réponses à ces questions car elle dit manquer elle-même d'informations pour faire du sens des multiples changements et décisions avec lesquels ils doivent composer au quotidien. Comme infirmière questionnée sur des soins, elle avait pratiquement réponse à tout! Il en va autrement de questions portant sur des décisions administratives et c'est là que réside son inconfort.

Récit de Monia

Âgée de 54 ans, Monia occupe le poste d'infirmière-clinicienne et se trouve ainsi aux premières loges de l'implantation des multiples changements au sein de l'établissement. Sa transition vers des stratégies interpersonnelles alignées à la culture milieu de vie a été soutenue par une interne en psychologie. L'encadrement praxéologique auquel elle s'est prêtée fait d'ailleurs l'objet d'une thèse doctorale (Chiasson, 2007). Elle souligne d'entrée de jeu à quel

point sa compréhension des changements en cours a évolué en quatre ans. Il lui paraît insensé aujourd'hui de réduire les changements en cours à la simple application mécanique des dispositions prévues à la loi 90 ou aux visées participatives préconisées par l'approche milieu de vie. Pour elle, l'apprentissage de la coopération est sous-jacent à ces changements et supporte l'implantation des mesures prévues par ces projets. *« Au début, on comprenait les visées des projets loi 90 et milieu de vie, mais on ne savait juste pas comment on traduirait ça dans le quotidien. La coopération est venue donner ce comment »*. Parler de milieu de vie et de loi 90 sans parler de coopération et notamment du respect des champs de compétence de chacun serait, pour Monia, une grave erreur. À propos de son propre apprentissage de la coopération, elle dit s'être d'abord prêtée à la réflexion critique de son action en pensant qu'elle adoptait déjà les comportements associés à la coopération et *« qu'il ne me manquait qu'un petit bout. Ça a été difficile d'accepter d'être enregistrée, analysée et critiquée par mes accompagnants »*. Elle a vécu ces premières expériences d'accompagnement comme une confrontation à ses erreurs. Ce n'est qu'après avoir accepté de s'exposer à ces comportements pendant six mois qu'elle a réalisé qu'elle devait changer des choses. Et surtout, qu'elle en avait envie.

Elle décrit les impacts de l'adoption de stratégies interpersonnelles favorisant la coopération sur la façon de voir son rapport aux autres. *« Avant, j'étais beaucoup dans la prescription des choses à faire, et le faire tel que je l'aurais fait. Je commandais, imposais : « tu vas faire ceci, et ça, ça, ça »*. Aujourd'hui, elle constate que son approche a changé. Cela se traduit dans son vocabulaire, dans ses expressions : *« je te confie tel patient »*. Elle sent qu'au moment où elle confie un patient à un employé, elle a utilisé ses compétences et son jugement pour évaluer la stabilité de ce patient et qu'à partir de là, l'employé a la compétence pour assumer la suite. Par ailleurs, elle trouve des formulations plus descriptives quand vient le temps de

discuter d'écarts faisant l'objet de suivis auprès des employés : *« Tiens, tiens, la pression de ce monsieur semble avoir chuté drastiquement. Qu'en est-il selon toi? »* La reconnaissance des champs de compétence exclusifs et partagés a été pour elle un apprentissage clé, dont l'influence sur l'évolution de ses rapport aux autres s'est avérée déterminante.

Cet apprentissage lui a également permis de réviser sa conception de la compétence. *« Avant, la compétence c'était moi qui l'avait. Je suis passée d'une représentation individualisée à une représentation collective de la compétence »*. Elle lie cette évolution, au rehaussement de sa solidité, de son estime d'elle-même. *« Je suis assez solide maintenant pour reconnaître la compétence chez l'autre et la partager, plutôt que de chercher à m'approprier les mérites ou le crédit d'une idée, d'une solution, du succès d'un projet »*. Elle est passée du moi au « nous » et à son sens, cela décuple son sentiment de compétence et lui permet de faire/réaliser de plus grandes choses. À la question « comment vous représentiez-vous vos collaborateurs et employés avant cet entraînement à la coopération? » elle a répondu, après réflexion : *« je ne les voyais pas. Je ne voyais pas mes collaborateurs. Je ne voyais que moi et les solutions qu'il n'appartenait qu'à moi d'apporter aux problèmes »*. Son évolution lui permet de se sentir plus solide et plus détendue. *« La compétence était rattachée à moi avant. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus collective. La compétence de l'autre ne me dérange plus. Elle devient plus stimulante, enrichit mes idées, créations »*.

Le même travail de nuance s'applique à sa représentation du pouvoir, dans la mesure où elle le partage davantage qu'avant. Elle énonce les impacts de cette transformation dans sa vie personnelle/familiale avec ses filles, alors adolescentes au début de son apprentissage de la coopération. *« À l'époque, je souffrais de contrôlisme aiguë et imposais à mes filles de faire les*

choses comme je le voulais, par peur qu'elles ratent leurs vies ». Elle évoque son « *hyper-responsabilité* », son côté prescriptif et souligne comment cette attitude minait le développement de l'autonomie de ses filles. Elle fait des liens entre famille et travail, quoique les enjeux affectifs aient été moins intenses au travail. Son rapport à ses filles a changé. Elle se met à l'écoute, déploie leur raisonnement, propose parfois de partager ses propres idées et accepte volontiers de ne pas les exprimer si ses filles n'en manifestent pas le besoin, retenant ainsi ses élans d'expert.

En cours d'entretien, elle illustre à partir d'une grille qu'elle a reçue le matin même de l'entretien, les éléments de son cheminement :

Quand j'ai vu cette grille sur mon bureau ce matin, j'ai eu un petit sourire. C'est une infirmière qui me présente certains symptômes d'un résident (troubles de comportement) pour que j'en fasse l'analyse et soumette un plan d'action. Aujourd'hui, c'est très clair comment je vais y réagir. Je vais activer son champ de compétences en lui remettant la responsabilité d'analyser la situation et de faire des recommandations, quitte à y consacrer 10-15 minutes pour voir comment je peux soutenir, amorcer sa réflexion. Je lui dirai : « travaille ça dans ce sens-là et viens me revoir avec ton plan, on le validera ensemble ». Il y a trois ans, je n'aurais pas vécu de dilemme face à cette même grille; je l'aurais prise, l'aurais apportée à la maison pour y travailler et serais revenue le lendemain avec un plan d'intervention complet pour l'infirmière. Je serais intervenue en experte, j'aurais saisi cette occasion pour confirmer ma compétence, démontrer mes qualifications et ça m'aurait rassurée. Il y a un an et demi, devant la même situation, j'aurais vécu un dilemme intense entre le faire pour l'infirmière ou lui laisser faire ce travail. Tout aurait été fonction de mon niveau de culpabilité ce matin-là parce qu'à tous les matins je me levais en me disant « de quoi vais-je me sentir coupable aujourd'hui? » Alors si, face à cette grille, mon sentiment de culpabilité avait déjà été très élevé, je l'aurais fait moi-même. [ajout personnel des soulignés]

Monia relie cette ancienne attitude à une conception de l'amour qui veut que quand on aime vraiment et qu'on veut aider, on fait pour l'autre sans quoi, on s'accuse et se rend coupable de ne pas avoir bien agi. Son cheminement l'a menée, entre autres choses, à nuancer cette conception de l'amour ce qui lui permet désormais d'intégrer des stratégies responsabilisantes à son répertoire, sans trop se sentir coupable.

Elle se prononce, enfin, sur ce qui vient heurter les infirmières dans le changement de leur rôle :

Les infirmières aiment les soins, la relation d'aide, les techniques de soins (glycémies, injecter l'insuline); elles doivent lâcher prise sur ce qu'elles aiment pour cheminer vers un rôle de leader et d'évaluation. Elles ne sont pas formées au leadership. Pour elles, elles jouent à la mère quand elles couvent leurs employés et font des choses pour eux, et jouent au père lorsqu'elles doivent être autoritaires et demander aux employés d'amender leur conduite. Elles voient ce rôle de leader comme une lourdeur. Elles ne valorisent pas la composante évaluation de leur rôle et parlent de paperasse, une activité qu'elles dénigrent. Les infirmières en place ont été formées pour interagir directement avec les résidents, peu de résidents, dans une approche de soins et de relation d'aide. Aujourd'hui, elles doivent coordonner une équipe soignante, lâcher prise sur des activités techniques qu'elles aimaient et s'acquitter de tâches de gestion.

Pour Monia, ce qui est demandé aux infirmières dépasse le simple changement de rôle et de responsabilités/tâches. C'est un changement d'identité. Parler de rôle et tâches n'a pas d'âme alors que parler de changement d'identité ramène aux enjeux personnels vécus par les infirmières dans leur adaptation aux changements en cours.

Elle évoque certains lâcher-prises, sur le contrôle « *faire les choses comme moi je le fais* », abandonner des techniques de soins affectionnées. Elle nuance en disant que les infirmières ont l'impression de devoir abandonner le *caring* alors qu'au fond, il s'agit plutôt de redéfinir la façon de faire du *caring*.

Analyse transversale des récits

Pour Paillé et Mucchielli (2003), l'analyse transversale consiste à dégager les points de convergence les plus instructifs en regard du cadre de recherche. La présente étude vise à mieux comprendre l'expérience d'infirmières exposées au changement de leur rôle et, plus précisément,

de saisir comment sont interpellés les éléments de leur cadre de référence par lesquels elles construisent du sens de leur réalité. Cette section décrit plusieurs éléments de leur expérience qui illustrent comment leurs façons de voir sont interpellées par les changements en cours. Pour en ordonner la présentation, ces éléments sont regroupés sous trois des quatre thèmes découlant de la démarche d'analyse thématique soient : 1) impacts des changements sur la façon de voir leur rôle; 2) impacts des changements sur la façon de voir les rapports aux autres et 3) impacts des changements sur la façon de se voir elles-mêmes. Les points de convergence présentés dans cette section sont essentiellement expérientiels et sont traités avec un très faible niveau d'inférence. Bien qu'omniprésent dans les lignes qui suivent, le quatrième thème, intitulé exigences personnelles posées par la transformation, sera traité en profondeur dans la section discussion.

Impacts des changements sur la façon de voir le rôle d'infirmière

Toutes les AIC interrogées témoignent d'une compréhension intellectuelle des impacts de la réorganisation du travail sur la nature de leur rôle. La réorganisation du travail désigne ici tous les impacts sur les tâches constituant désormais le rôle et découlant de la fusion d'établissements et de l'entrée en vigueur de la loi 90. Cette compréhension intellectuelle prévaut dans tous les cas, peu importe le temps passé à exercer le nouveau rôle. Lysanne, qui était à la veille de l'assumer au moment de l'entrevue, a décrit ce nouveau rôle avec autant de clarté que ses consœurs expérimentées.

En ce qui a trait aux impacts de l'approche milieu de vie sur la nature de leur rôle, seules Monia et Sylvianne estiment disposer des informations nécessaires pour saisir le sens, les valeurs et la traduction concrète de celles-ci dans leurs actions quotidiennes. Madeleine, Gaëlle, Laurence, Lysanne et Charlotte la réduisent bien souvent à la rencontre hebdomadaire avec les

membres de l'équipe soignante et soulignent qu'il leur est encore bien difficile de comprendre les visées derrière la culture milieu de vie. Charlotte et Laurence n'ont pas caché leur amertume face à cette approche qui ne ressemble en rien au « *vrai milieu de vie* » qu'elles ont connu antérieurement.

Bien qu'il règne une certaine confusion chez les AIC rencontrées quant à la source précise des changements subis par leur rôle – certaines attribuent les changements à la fusion d'établissements, d'autres à l'arrivée d'une infirmière-clinicienne et d'autres encore à la loi 90 – toutes réalisent à quel point la définition de leur rôle en est profondément transformée. Cette transformation du rôle s'actualise par l'émission de nouveaux gestes et l'abandon d'actions qui contribuaient jusqu'ici à la définition de leur rôle.

En ce qui concerne l'abandon d'anciennes actions, elles savent qu'à moins d'une urgence, il leur est désormais interdit de prodiguer soins physiques et infirmiers de base tels que changer ou alimenter un résident, prendre les lectures de glycémie ou remplacer des pansements. De tels soins sont maintenant assumés exclusivement par les infirmières-auxiliaires ou les préposés aux bénéficiaires. La réorganisation du travail s'accompagne de frontières mieux définies et moins perméables entre les rôles des membres de l'équipe soignante. Transgresser ces frontières pour prodiguer ces soins de base est passible de remontrances, comme le soulignent Madeleine et Charlotte; elles n'ont plus d'accès illimité aux territoires des IA et PAB, comme cela était le cas avant. Le renoncement aux soins physiques et infirmiers de base entraîne pour plusieurs d'entre elles la perte de sources de plaisir, de satisfaction et de sens du travail. Lysanne souligne clairement qu'elle « *trouvait son bonheur* » dans la préparation de son petit chariot, l'injection

d'insuline, les tests de glycémie et l'administration de suppositoires, autant de soins désormais retirés de son champ de responsabilités.

Au chapitre de l'émission de nouveaux gestes, elles décrivent de nouvelles tâches liées à la coordination de l'équipe soignante ainsi qu'à l'évaluation clinique des résidents selon des grilles et formulaires standardisés. À l'exception de Sylvianne et Monia, elles confient que ces nouvelles tâches, par leur caractère administratif et la distance qu'elles créent avec le plancher, ne présentent que bien peu d'attraits pour elles. Le temps consacré à la coordination des employés est nettement en hausse au détriment de celui qu'elles préfèrent consacrer aux résidents. À titre d'exemple, le nouveau rôle exige d'elles qu'elles fassent la première intervention lors de conflits entre employés, suivent la réalisation des recommandations en matière de qualité de soins, formulent des feedbacks correctifs au besoin, complètent des grilles et formulaires d'évaluation informatisés, autant d'actions qui leur incombent désormais formellement et qui meublent leur réalité au travail. Tout cela fait dire à Gaëlle : « *on dirait qu'on a plus le temps, l'infirmière, pour notre nursing* ». Charlotte ajoute que ce n'est pas les soins au personnel qu'elle veut effectuer mais bien les soins aux patients. Les récits des AIC convergent sur le fait que l'image qu'elles ont de leur rôle se trouve fortement ébranlée. Le nouveau rôle d'infirmière-coordonnatrice d'équipe de soins marque une rupture avec l'expérience acquise et leur formation d'origine, à titre d'infirmière-soignante. Lysanne, Madeleine, Charlotte et Laurence soulignent à quel point le nouveau rôle est différent de celui qu'elles ont appris quand elles ont fait leur cours. Par ailleurs, Sylvianne indique que sa formation, plus récente, l'a fort bien préparée à assumer les responsabilités de supervision et d'évaluation clinique définissant le nouveau rôle.

Impacts des changements sur la façon de voir les rapports aux autres

Selon les récits des participantes, approche milieu de vie, loi 90 et réorganisation du travail font pression sur la façon d'être en rapport aux autres et confrontent la nature même des rapports qui prévalait à ce jour. En effet, trois facteurs altèrent concrètement la nature des rapports interpersonnels entre les AIC et les membres de leur équipe dans la nouvelle réalité. D'abord, l'exercice du leadership et de la fonction de coordination auprès des membres de l'équipe sont maintenant formalisés. L'exercice du leadership doit se faire en cohérence avec les valeurs de responsabilisation, autonomie, participation et interdisciplinarité préconisées par la culture milieu de vie. Les impacts relationnels liés à ce premier facteur sont décrits par toutes les participantes. Le découpage du territoire en champs de compétences exclusifs constitue le second facteur. Les rôles des membres de l'équipe soignante et des professionnels gravitant autour du résident sont mieux définis, formalisés et clairement balisés. Enfin, la présence réduite des AIC sur le plancher, consécutive à l'orientation coordination/administration de leur rôle, transforme également leur façon d'être en rapport avec les membres de l'équipe soignante. Cela est évoqué dans les récits de Lysanne, Laurence, Madeleine et Charlotte.

Les récits des participantes sont garnis d'exemples illustrant les pressions qu'exercent ces trois facteurs sur la façon d'établir et d'entretenir les rapports interpersonnels au quotidien dans la nouvelle réalité. Tout comme cela a été décrit dans la section précédente portant sur le rôle, il leur faut, ici encore, abandonner d'anciennes stratégies interpersonnelles au profit de nouvelles, davantage alignées avec la redéfinition de leur rôle et l'organisation du travail dans une approche milieu de vie.

L'expérience des AIC converge quant à la nécessité de réviser les stratégies interpersonnelles inscrites à leur répertoire, avec quelques variantes quant à la nature exacte des stratégies qui font l'objet de cette révision. Explorons d'abord ce qu'il y a de commun dans leur expérience des nouveaux rapports. C'est bien souvent l'inefficacité d'une conduite privilégiée ou son caractère inadapté qui en provoquent le questionnement et éventuellement, l'abandon (Watzlawick et al., 1975). Gaëlle indique que c'est le constat qu'elle n'arrivait plus à tout faire seule qui l'a poussée à ses premières expériences de délégation. De façon générale, les AIC racontent que l'abandon de conduites relationnelles bien ancrées ne se fait pas sans heurt, notamment parce qu'elles se sont avérées bénéfiques à plusieurs égards dans leur histoire de vie. Aussi, leurs récits se ressemblent quant à l'étrangeté initiale des conduites désormais attendues d'elles dans la nouvelle réalité. Étrangeté, impression d'illogisme et paradoxe s'entremêlent face à ces conduites attendues dont l'émission est bien souvent associée à l'anticipation d'une réaction négative de la part de l'interlocuteur (Watzlawick et al., 1975). C'est ce qu'illustre clairement Laurence, qui craint de se faire haïr au moment de formuler un feedback correctif à un membre de l'équipe. Demander et déléguer exposent Gaëlle à la possibilité de devoir absorber la réaction négative de l'autre, ce qu'elle était devenue experte à éviter. Enfin, Charlotte craint de perdre l'amour de tout le monde en répondant plus souvent non à des demandes d'aide qui lui sont formulées par les membres de l'équipe soignante. À la difficulté de cesser d'agir certaines stratégies bien ancrées s'ajoute donc le défi de dépasser les enjeux et appréhensions inhérentes aux nouvelles stratégies relationnelles attendues.

Sur le plan de la nature des stratégies confrontées et des apprentissages requis pour composer avec la nouvelle réalité, le groupe de participantes se divise en deux. D'abord, Lysanne, Laurence, Charlotte et Gaëlle disent que les nouveaux rapports interpersonnels exigent

qu'elles délaissent les stratégies de disponibilité, amabilité et générosité et qu'elles apprennent à prendre leur place. Pour elles, assumer pleinement le rôle de leader exige qu'elles développent une aisance à émettre des actions telles que trancher, décider, demander, affirmer, déléguer ou formuler un feedback correctif.

Pour Madeleine, Sylvianne et Monia, les visées de responsabilisation, participation, autonomie et interdisciplinarité de la culture milieu de vie les exposent plutôt au défi de faire de la place à leur interlocuteur en interaction. Elles apprennent ainsi à assouplir les contrôles, à consulter plutôt qu'imposer, à se fier aux membres de l'équipe plutôt qu'à vérifier, à reconnaître et solliciter les ressources de leur interlocuteur. Monia se dit maintenant assez solide pour reconnaître la compétence chez l'autre. Madeleine fait l'expérience d'avoir besoin de la compétence de ses PAB pour prendre des décisions de qualité car dit-elle, ils sont ses « *yeux sur le plancher* » et possèdent des informations factuelles sur la condition des résidents qui lui échappent maintenant. Quel que soit leur défi sur le plan des relations, certaines nouvelles conduites émises par les AIC s'inscrivent en rupture avec leurs conduites habituelles et sont d'abord vécues comme contradictoires et parfois même, très risquées.

Le découpage du territoire découlant de la définition et de balises claires entourant les rôles est un second facteur qui fait pression sur la façon d'être en rapport les uns avec les autres. Il s'agit maintenant d'établir des rapports avec des interlocuteurs dont la compétence est formellement reconnue à l'intérieur de champs de responsabilités bien circonscrits et exclusifs. Pour toutes les AIC, ce découpage du territoire marque la fin du recours à des routines interpersonnelles développées et déployées dans un contexte de proximité, sans balises claires entre les rôles de chacun. Dans ce contexte de proximité, les AIC avaient développé, testé,

confirmé et consolidé leurs petites théories personnelles sur les actions à poser pour obtenir des effets recherchés sur le plan de l'amour des autres, des bonnes relations, du contrôle ou de la perfection, par exemple. Ainsi Charlotte, Gaëlle et Laurence obtenaient appréciation et reconnaissance des membres de l'équipe en étant serviables, disponibles, en aidant les membres de l'équipe à faire leurs tâches, fût-ce au prix de leur propre temps. Charlotte et Gaëlle couvraient les erreurs, oublis ou négligences des membres de l'équipe en réparant discrètement, sans mots dire, et se gardaient de formuler quelque demande ou feedback que ce soit, leurs théories étant formelles quant aux foudres que de tels gestes pouvaient leur attirer de la part du membre de l'équipe pris en défaut. Quant à elles, Madeleine et Monia détenaient des théories sur le contrôle qui postulaient que pour obtenir la perfection, il fallait imposer leur vision et leur façon de faire, être partout, voir tout et ne se fier qu'à leur seule compétence pour résoudre les problèmes. Sur le plan relationnel, les stratégies de Madeleine et Monia donnaient lieu à des échanges plutôt unidirectionnels, où les interlocuteurs étaient relégués au statut d'exécutants. Cela s'avère maintenant contraire aux visées de participation et responsabilisation préconisées par l'approche milieu de vie.

Enfin, la réduction de leur présence sur le plancher est vécue par la majorité des AIC comme une condition qui les prive désormais du recours à des stratégies interpersonnelles par lesquelles elles assuraient 1) le contrôle de l'exécution des opérations (faire ce qu'il faut); 2) le contrôle de la perfection des opérations (faire ce qu'il faut comme je le veux); 3) la qualité de la prise de décision par un accès direct aux informations pertinentes; 4) le maintien de bonnes relations avec l'équipe; et 5) l'obtention de reconnaissance et appréciation par les membres de l'équipe. Cette nouvelle distance les place devant la nécessité d'apprendre une nouvelle façon d'influencer, de responsabiliser et de faire confiance à leurs collaborateurs.

Ainsi donc, les trois facteurs faisant pression sur la nature des rapports interpersonnels – formalisation du leadership dans une approche milieu de vie, découpage du territoire et distance accrue avec le plancher – confrontent les AIC à elles-mêmes et de façon bien souvent douloureuse, car elles font face aux limites de stratégies interpersonnelles bien ancrées, qui s'étaient avérées tout à fait adaptées jusqu'ici. La nouvelle réalité exige le recours à des stratégies interpersonnelles de nature fort différente ainsi qu'un partage plus équitable de l'espace relationnel. En conséquence, elles font face à l'obligation d'apprendre une nouvelle façon d'être en rapport aux autres. Comment être en rapport autrement mais d'abord, pourquoi devrait-il en être ainsi alors que cela fonctionnait tellement bien avant?

En résumé, la nouvelle réalité crée de grands bouleversements sur la façon dont les AIC voient leurs rapports aux autres, l'autre, ainsi qu'elles-mêmes dans ces nouveaux rapports. Les témoignages recueillis convergent sur un fait important : c'est dans ces rapports interpersonnels renouvelés que les AIC font l'expérience et prennent la mesure des impacts du changement de leur rôle, tant auprès des patients, des spécialistes que des membres de l'équipe soignante. Toutes racontent s'être retrouvées à devoir émettre des comportements, interventions ou stratégies interpersonnelles perçues comme contradictoires, risquées ou extérieures à leur répertoire habituel. Solliciter opinions et gérer les divergences, prendre sa place, laisser de la place, responsabiliser, s'affirmer, respecter ses limites, demander, déléguer, formuler des feedbacks correctifs, ne pas s'ingérer dans le champ de compétence de l'autre, recommander, trancher, décider, consulter et dire non, ce sont là autant d'exemples d'actions nouvelles à apprivoiser et à intégrer à leur répertoire pour exercer leur leadership de la manière attendue. Des enjeux d'affirmation et de confiance en l'autre se sont par ailleurs imposés et restent encore à surmonter pour certaines. L'amour reçu des autres semble également en jeu dans la redéfinition des rapports

aux membres de l'équipe soignante. On craint que le leadership formel et la distance physique inhérents à l'exercice du nouveau rôle minent les bonnes relations. M'aimera-t-on quand même si je dis plus souvent non, si je les renvoie à leurs responsabilités, si je ne fais plus les choses pour eux, si je leur formule des feedbacks correctifs? Il y a une difficulté à concevoir que ces nouveaux rapports puissent être positifs, satisfaisants et gratifiants. En somme, leur façon de voir leurs rapports aux autres est appelée à se nuancer et entraîne dans son sillage la nécessité de nuancer leur façon de se voir elles-mêmes dans ces nouveaux rapports.

Impacts des changements sur la façon de se voir elles-mêmes

Les transformations personnelles constituent un troisième point de convergence majeur se dégageant des récits des AIC. Retrancher et ajouter des actes cliniques et stratégies interpersonnelles à leur répertoire les renvoient à elles-mêmes, à des fondements de leur caractère, personnalité ou identité (Mahoney, 1991). Elles racontent que le travail de mise à jour de leur répertoire entraîne une forme de désorganisation et réorganisation personnelle d'intensité variable (Collerette, Delisle & Perron, 2002; Lewin, 1951; Mahoney, 1991; Mahoney & Moes, 1997; Masterpasqua & Perna, 1997). En effet, la majorité d'entre-elles nous confie les liens entre leurs routines interpersonnelles et leur bagage de vie. Toutes nous parlent de la difficulté d'agir différemment, du risque encouru, de la menace qui plane quand elles considèrent émettre une nouvelle conduite, vécue comme illogique dans leur expérience. Pour Laurence, apprendre à dire non et à réprimander un membre de l'équipe est vécu comme risquer le tout pour le tout. Pour Sylvianne, stopper l'action réflexe de s'occuper de tout et de répondre à tout requiert conscience, volonté et énergie. Charlotte appréhende la réaction négative d'un interlocuteur à qui elle compte faire une demande : « *hey! je ne vais pas lui demander ça, comment il va réagir, il ne voudra pas* ». En déléguant des tâches à son infirmière-auxiliaire, Gaëlle active sa culpabilité et

confronte son « *pattern principal* », celui de se faire aimer en effectuant toutes les tâches qu'elle peut sans rien demander.

Ces enjeux personnels surmontés, leurs premiers pas dans l'émission de nouvelles conduites leur renvoient bien souvent une image négative d'elles-mêmes. En déléguant à l'IA les tâches qui lui reviennent désormais, Gaëlle et Sylvianne ont l'impression de se décharger de leurs responsabilités et de les surcharger. Laurence dit n'avoir aucun intérêt à se voir comme « *une fille de bureau* ». Madeleine aimait se voir comme quelqu'un qui réglait tout rapidement; le projet d'infirmière responsable exige qu'elle réfère toute demande non-urgente d'un PAB au sujet d'un résident à l'infirmière qui en est responsable. Elle se voit comme moins efficace quand elle réfère le PAB plutôt que de lui répondre sur le champ. Charlotte se voit comme moins aidante et moins serviable depuis qu'elle responsabilise les membres de son équipe. Elle se trouve « *bête* » et se sent « *pas fine* ». Et comme si cela n'était pas suffisant, les membres de l'équipe leur renvoient également des images peu élogieuses de « *pousseuses de crayons* » ou de personnes ayant « *de la corne sur les fesses* ». Ainsi, le retrait d'anciens gestes sur les plans clinique et relationnel au profit de nouveaux gestes confrontent les AIC dans l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes. Dans leurs mots, elles nous disent que ces nouvelles façons d'agir et d'être en relation interpellent leur façon d'être. Elles sont touchées dans leur identité : « *ce n'est pas moi, ça* », nous dit Charlotte, « *ça m'éloigne un peu de ce que je suis comme être humain* », ajoute Laurence. L'ancien rôle donnait accès à des sources de satisfaction personnelles importantes, reflets de leur identité personnelle : aider, soigner, prendre soin de, toucher, voir, sentir ou répondre rapidement sont autant de sources auxquelles elles accédaient par la proximité physique entretenue auprès des membres de l'équipe et des bénéficiaires. Elles ont pour la plupart délibérément choisi la profession d'infirmières techniciennes (plutôt que bachelières) dans le but de s'assurer cette

proximité, ce contact humain et cette prise sur l'action leur carrière durant. Lysanne, Gaëlle, Charlotte et Laurence nous partagent leur appréhension ou leur colère de se retrouver à faire un job dont elles n'ont jamais voulu.

Néanmoins, comme ces nouvelles actions et conduites constituent la traduction concrète du changement et sont là pour rester, il leur faut trouver une façon d'apaiser la dissonance entre celles-ci et l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. C'est ainsi que plusieurs d'entre-elles nous partagent la transformation personnelle à laquelle la nouvelle réalité donne lieu. Charlotte est on ne peut plus claire à cet égard : « *Ouff! Là, on me demande de me changer au niveau du caractère!* ». Laurence l'est également quand elle dit que ce qui l'a le plus ébranlée, ce sont les changements qu'elle a dû apporter à sa personnalité. Lysanne, qui ne vit pas encore ces changements au quotidien au moment de l'entretien, est néanmoins habitée par un dilemme de même nature : vais-je pouvoir adhérer à ce changement tout en maintenant ma philosophie de travail? Dans leur expérience, cette transformation prend d'abord la forme d'un deuil d'une facette d'elles-mêmes. La « *Mère Térésa* », le « *tapis* », la « *Sauveur* », la « *Superwoman* » qui peut tout faire, « *celle qui pouvait tout régler rapidement* », le « *pilier* » du patient, le « *pivot* » et la « *multidimensionnelle* » sont autant de façons de se voir identifiées par les participantes comme faisant l'objet de ce deuil.

Signe de la profondeur des impacts personnels inhérents à ces changements organisationnels, quatre des sept personnes rencontrées ont eu recours à une forme d'accompagnement pour mieux encaisser la secousse portée à leurs fondements identitaires et soutenir le travail de transformation devenu nécessaire (Dionne, 2000; Kegan & Lahey, 2001; Mahoney, 1991; St-Arnaud, 2001). Cet accompagnement les a d'abord aidées à voir l'envers de

la médaille de l'identité développée jusque là. Charlotte nous dit : « *J'étais ben aimée, ah oui, mais on pouvait ambitionner sur moi aussi. « Elle, c'est un tapis qu'on pilote, pis on fait tout ce qu'on veut avec elle. »*

Madeleine poursuit :

C'est tranquillement en étant en équipe que j'ai appris à dire que quand je donne des ordres, j'ai beau dire que je fais ça pour le bien du bénéficiaire et parce que je suis responsable de lui, mais finalement l'autre s'implique moins ».

Puis, sur les inconvénients du Sauveur, Madeleine ajoute : « *Je me suis rendue compte qu'en jouant trop au Sauveur on prend la place de l'autre, ce n'est pas mieux. »*. Monia a réalisé à quel point sa « *contrôlite aiguë* » minait le développement de l'autonomie de ses interlocuteurs. Laurence constate que son perfectionnisme et la pression qu'elle s'imposait d'être bonne partout l'amenait à en prendre beaucoup trop sur ses épaules.

C'est également dans cet accompagnement qu'elles disent avoir trouvé la sécurité et la confiance nécessaires à dépasser les risques anticipés, pour expérimenter de nouvelles conduites. Au final, ces quatre participantes témoignent d'apprentissages personnels dont l'application transcende la sphère professionnelle et se transfère dans les autres sphères de leurs vies. Laurence raconte : « *Avant une maman ne disait jamais non, ça faisait tout. Mais quand la maman et l'infirmière se sont réveillées (...) je me suis dit, « ça va faire, on remet les affaires à la bonne place ».* Il y a eu de l'impact partout ». Monia révèle que sa capacité à reconnaître le champ de compétence de son interlocuteur a transformé sa relation avec ses deux filles.

Cette analyse transversale a permis d'explicitier et de regrouper les points de convergence de l'expérience des AIC sur trois grands thèmes, soit leur façon de voir le rôle, les rapports aux

autres ainsi qu'elles-mêmes dans la foulée des changements auxquels elles sont exposées. En résumé, c'est un peu comme si les AIC rencontrées disaient : au début, j'ai compris que mon rôle allait changer et je voyais en quoi il changerait. Cependant, je ne soupçonnais pas à quel point les nouvelles tâches, responsabilités et frontières établies entre mon rôle et ceux de mes collaborateurs transformeraient nos relations au quotidien, et encore moins à quel point j'aurais à me transformer personnellement pour trouver un nouvel équilibre dans cette réalité émergente. Sur ce dernier point, toutes rendent compte de lâcher-prises importants et d'une évolution personnelle sur des dimensions variées.

Discussion

Cette discussion met d'abord les résultats de la présente étude en relation avec ceux d'études comparables rapportés dans la section traitant du contexte. Puis, elle propose une interprétation d'extraits de l'expérience des AIC à la lumière du cadre constructiviste balisant cette étude. Il est d'abord question de l'impact des changements sur quelques composantes de leur réalité de second ordre, menant à un état de dissonance. Suit l'illustration de l'exigeant travail de transformation de ces composantes, en route vers une nouvelle consonance. Cette section se termine par des retombées pratiques en matière d'accompagnement, découlant de l'interprétation proposée.

L'objet de cette étude est de mieux saisir l'expérience d'AIC exposées à des changements affectant la nature de leur rôle et l'exercice de leur leadership dans le contexte de l'implantation d'une culture milieu de vie. C'est sous un angle constructiviste que leur expérience est contemplée. Il s'agit de voir comment leurs processus cognitifs présidant à la construction de sens sont interpellés dans la foulée des changements implantés.

Les résultats de la présente étude corroborent les conclusions tirées par d'autres auteurs quant au développement personnel inhérent à l'acquisition de stratégies de leadership transformationnel chez les infirmières (McGoldrick et al., 2001; Dierckx de Casterlé et al., 2008;

Chiasson, 2007). Les infirmières rencontrées témoignent d'obstacles à cet apprentissage qui sont en plusieurs points similaires à ceux que Johns (2003) a lui-même observés et documentés : difficulté à affirmer ses positions, hésitations à confronter les employés en vue d'une action corrective, difficulté à lâcher prise sur le contrôle pour mieux responsabiliser.

En complément à ces études, les résultats présentés à la section précédente apportent un éclairage quant aux éléments précis sur lesquels porte ce développement personnel, en plus d'en documenter la nature et les exigences pour les infirmières rencontrées. Ces résultats vont donc au-delà de formulations générales telles que « confrontation des perceptions », « modification des façons de penser et d'agir » ou « changement à la personnalité » (McGoldrick et al., 2001; Dierckx de Casterlé et al., 2008), pour nommer précisément les éléments faisant l'objet de ce développement. Le regard constructiviste posé sur l'expérience des AIC opérationnalise en quelque sorte ce vécu de développement personnel en s'attardant aux processus cognitifs en jeu dans la façon dont elles créent du sens de leur réalité.

Composantes de la réalité de second ordre interpellées par les changements en cours

Les constructivistes distinguent deux ordres de réalité : la réalité de premier ordre est constituée de faits et d'expériences captés par nos récepteurs sensoriels. La réalité de second ordre est l'univers des significations attribuées aux faits captés par nos récepteurs sensoriels. C'est dans cette réalité de second ordre que l'acteur fait intervenir divers processus cognitifs pour, littéralement, construire sa réalité (Kourilsky, 2004; Mahoney, 1995; Neimeyer & Mahoney, 1995; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975). Se retrouvent ici les significations et interprétations données par l'acteur aux faits captés, les hypothèses et suppositions formulées à leur sujet, les évaluations et jugements portés, les représentations ou images fabriquées ainsi que

les règles ou théories d'usage érigées à leur propos. Ce sont là autant d'exemples d'éléments d'un cadre de référence à partir duquel les AIC donnent du sens à ce qu'elles vivent.

Tel que décrit dans l'analyse transversale, l'implantation des multiples changements organisationnels s'est traduite par de nombreux bouleversements au chapitre des faits et gestes qui constituaient le quotidien des AIC jusqu'ici. Sur le plan clinique, il leur a fallu cesser d'émettre certains gestes au profit de l'émission de nouveaux gestes. L'exercice formel d'un leadership inspiré de valeurs telles la responsabilisation, participation, valorisation des opinions et interdisciplinarité a également sonné le glas de certaines conduites relationnelles au profit de nouvelles. En cela, la réalité de premier ordre des AIC s'est trouvée affectée par l'entrée en scène de nouveaux faits et gestes marquant une rupture, une discontinuité avec les faits et gestes ayant prévalu jusque là. C'est alors que sont interpellées les composantes de leur réalité de second ordre.

Comme nous construisons constamment notre réalité (Kourilsky, 2004; Mahoney, 1995; Neimeyer & Mahoney, 1995; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975), ces nouveaux faits et gestes effectués sont captés par leurs récepteurs sensoriels et immédiatement récupérés par les processus cognitifs à l'œuvre dans leur réalité de second ordre pour recevoir un sens. Ces nouvelles données factuelles sont d'abord traitées par les structures de sens en place : elles sont tantôt rejetées, tantôt associées à d'autres construits, tantôt évaluées négativement. Ces données nouvelles de la réalité de premier ordre sont à l'origine de dilemmes (Argyris & Schön, 1999; Mezirow, 2001); elles entrent en conflit ou perturbent les représentations, images ou théories d'usage acquises et en opération chez l'acteur. Ces dilemmes sont d'autant plus aigus quand ils sont liés à la vision de soi (Mahoney, 1991; Mezirow, 2001). La Figure 1 illustre cette première

secousse portée aux composantes de la réalité de second ordre des AIC par l'entrée en scène massive de nouveaux faits et gestes dans leur réalité de premier ordre.

Réalité de 1 ^{er} ordre	Ancienne réalité Faits, gestes A Plan clinique Plan relationnel	Discontinuité Rupture dans les faits et gestes A Réorganisation Loi 90 Culture Milieu de vie ⇒ ⇒ ⇒	Nouvelle réalité Faits, gestes B Plan clinique Plan relationnel
	⇕ Consonance		⇕ Dissonance
Réalité de 2 ^e ordre	Structures de sens A Interprétations, évaluations, règles et théories d'usage A	Continuité des structures de sens A ⇒ ⇒ ⇒	Sens initial des faits de la nouvelle réalité construit à partir des structures de sens A existantes Interprétations, évaluations, règles, théories d'usage A et image de soi sont confrontées

Figure 1. Vers la dissonance.

Tel qu'il appert de la deuxième colonne de la Figure 1, les AIC vivent un état de consonance relatif entre leurs deux ordres de réalité avant l'implantation des changements : il y a

consonance entre les faits et gestes A de leur réalité de premier ordre et le sens donné à ces mêmes faits et gestes dans leur réalité de second ordre. La troisième colonne illustre que bien qu'il y ait discontinuité et rupture évidentes dans les faits et gestes A de la réalité de premier ordre, les structures de sens A de la réalité de second ordre, elles, demeurent d'abord inchangées. C'est d'ailleurs ces structures de sens A, inchangées, qui attribuent des significations aux nouveaux faits et gestes B de la réalité de premier ordre, à la quatrième colonne. La majorité des AIC sont ainsi plongées dans un état de dissonance plus ou moins intense. Illustrons par quelques exemples tirés de l'expérience des AIC, ce premier choc encaissé tant sur le plan clinique (la nature de leur rôle) que relationnel.

Sur le plan de la nature de leur rôle, les changements implantés font en sorte qu'elles se retrouvent plus souvent assises, seules dans un bureau, à compléter des papiers. Voici trois nouveaux faits et gestes observables de leur réalité de premier ordre : 1) être assise; 2) seule dans un bureau et 3) à compléter des papiers. Selon la logique constructiviste, ces faits nouveaux sont, en eux-mêmes, dépouillés de sens. Ils sont acheminés et traités par les processus cognitifs à l'œuvre dans la réalité de second ordre des AIC dès qu'elles en font l'expérience. Elles en construisent alors le sens à l'aide de leurs structures de sens en place. Voyons quelques exemples de processus cognitifs à l'œuvre dans ces circonstances, soient les processus d'interprétation, d'attribution et d'association.

Sur le plan de l'interprétation, Laurence dit qu'être retirée du plancher c'est comme être retirée de l'équipe de water-polo pour devenir juge de ligne : *« Ils te disent regarde ce qui se passe. Tu ne taperas plus sur le ballon, et tu ne te tremperas plus dans l'eau. Moi c'est comme ça*

que je vis ça ». Elle ajoute que dans son cadre de référence actuel, de tels gestes sont plutôt associés à sa représentation du travail de l'infirmière bachelière, ce dont elle n'a jamais voulu.

Gaëlle donne un exemple d'attribution en formulant dans ses mots les intentions de la direction : *« Ça s'appelle un hôpital, mais ils ne veulent pas reconnaître que ça s'appelle un hôpital. On ne veut pas reconnaître que nous les infirmières on a à donner des soins de médecine active »*. Dans son cadre de référence actuel, Charlotte associe quelques nouveaux faits à une autre image que celle de l'infirmière :

C'est comme, on me retire des soins, on me retire du patient pour faire plus de paperasse, faire des évaluations... C'est ce que je ressens. C'est comme ça que je me sens. Moi, quand j'ai fait mon cours, c'était pour le contact humain, le contact du patient. Sauf que là, bon ben là, on me dit « regarde, tu vas faire du secrétariat ».

Laurence et Madeleine ont également recours à l'interprétation pour donner du sens au resserrement de la pratique clinique et aux balises appliquées aux champs de compétences.

Laurence dit :

Tu viens m'enlever tout ce que j'ai acquis pendant des années, et là, tu me dis que je ne suis plus capable de faire ça! (...) C'est comme si on nous disait, et moi, j'ai pris ça comme ça en tout cas, c'est comme si on me disait, « une partie de ce que tu as fait avant, on met ça sur la glace parce que tu n'as plus le droit de toucher à ça. Dorénavant tu devras te servir de tes supérieurs immédiats, tu devras, avant de poser un geste, demander à la secrétaire, demander à l'ergo, vous n'aurez plus le droit de prendre ces décisions ». [ajout personnel des soulignés]

Madeleine interprète les intentions de la direction dans l'extrait suivant : *« on pourrait même aller jusqu'à dire que les dirigeants voient un manque de compétence en nous puisqu'ils nous donnent toutes les directives sur comment agir »*. Ces quelques exemples illustrent non seulement les sens construits et donnés à la nouvelle réalité, mais également la charge négative

contenus dans ces sens. Leur expérience du moment est ainsi teintée d'une sensation d'illogisme, de non-sens (Watzlawick et al., 1975). Leur cadre de référence en place est tenté de rejeter ces nouveaux faits et gestes, jugés comme inadmissibles dans leurs structures de sens opérantes.

Enfin, la désignation « milieu de vie » fait également l'objet d'un tel rejet par les cadres de référence de Laurence et Charlotte. Pour elles, cette étiquette était associée à un autre ensemble de faits et gestes (petites douceurs aux résidents, chips, bière, musique spéciale). Les nouveaux faits (rencontre hebdomadaire pour discuter des demandes de résidents) que la direction fait correspondre à cette même étiquette ne sont pas admis dans leur construction de milieu de vie. « *Ne venez pas me parler d'un milieu de vie, pour moi ça ne veut rien dire* », exprime Laurence. Ces nouveaux gestes ne méritent pas l'étiquette de milieu de vie dans leur cadre de référence actuel. Elles n'acceptent pas de donner à ces nouveaux gestes une expression consacrée. S'ensuit une levée de boucliers contre le nouveau milieu de vie, qui interfère sans doute avec l'appropriation de l'approche.

Sur le plan relationnel, les théories d'usage détenues par les AIC sont des composantes de leur réalité de second ordre manifestement confrontées par les changements attendus dans l'exercice de leur leadership. Argyris et al. (1985) décrivent les théories d'usage comme des théories causales, enchâssées dans toute action visant à produire ou éviter une conséquence.

Tel qu'évoqué plus haut, l'exercice formel d'un leadership inspiré de valeurs telles la responsabilisation, la participation, la valorisation des opinions des membres de l'équipe et l'interdisciplinarité sonne le glas de certaines conduites relationnelles inscrites au répertoire des AIC au profit de nouvelles conduites à adopter. Il ressort de l'expérience des AIC que cette

transaction – retrait d’anciennes conduites, ajout de nouvelles conduites relationnelles – est beaucoup plus complexe qu’elle n’y paraît. Cette complexité émane du fait que ces conduites relationnelles s’inscrivent dans des théories d’usage soigneusement érigées et reconfirmées au fil du temps et qui, en grande partie, assurent l’adaptation des AIC à leur environnement. Comme le soulignent Argyris et al. (1985) nos théories d’usage acquièrent une valeur prédictive quant à la production ou l’évitement d’une conséquence. Plusieurs des nouvelles conduites attendues des AIC dans la nouvelle réalité se présentent d’abord comme des antithèses à leurs théories d’usage en place. Les dilemmes auxquels elles font face au moment d’émettre ces nouvelles conduites relationnelles prennent bien souvent la forme suivante : si telle action me permettait de produire une conséquence positive précise, alors l’arrêt de cette même action m’expose au retrait de cette conséquence positive ou pire, à son revers négatif. La majorité des AIC font l’hypothèse que les nouvelles conduites relationnelles attendues d’elles les exposent à des conséquences qu’elles cherchent justement à éviter. Leurs théories d’usage tiennent ces conduites pour négatives, risquées ou même catastrophiques sur le plan de la relation. Voici quelques exemples décrivant cet inconfort, en lien avec les visées responsabilisantes et interdisciplinaires de l’approche milieu de vie.

Les visées d’interdisciplinarité et de responsabilisation préconisées par l’approche milieu de vie se traduisent dans l’interaction par la nécessité d’acquérir et d’émettre des conduites relationnelles basées sur l’activation des ressources de l’interlocuteur et le respect des champs de compétence respectifs (Marceau & St-Arnaud, 2007; St-Arnaud, 1995, 2001, 2003, 2004, 2007, 2009). Cela conduit à un partage et à une gestion plus équitable de l’espace relationnel, ce que St-Arnaud (2003) symbolise par la maxime suivante : « Prendre sa place, toute sa place, rien que sa place » (p.160).

Pour les fins de cette discussion, cette maxime sera considérée comme étant la destination à atteindre pour chacune des AIC engagée dans le changement, soit atteindre la capacité de prendre sa place, toute sa place et rien que sa place en relation. Les données recueillies révèlent deux points de départ et donc deux trajectoires différentes empruntées par les AIC pour atteindre cette même destination. Il y a celles qui, au point de départ, laissent toute la place à leur interlocuteur et admettent volontiers leur malaise à pleinement occuper leur place en interaction. Nous y retrouvons Lysanne, Laurence, Charlotte et Gaëlle. Quant à elles, Madeleine, Sylvianne et Monia, ont plutôt tendance à occuper toute la place en interaction et doivent apprendre à en laisser davantage à leurs interlocuteurs. Quel que soit le groupe auquel elles appartiennent, les attentes en matière d’agir relationnel confrontent chaque AIC aux limites de ses théories d’usage. Voyons concrètement ce qu’il en est pour chacun de ces deux groupes.

L’énoncé général de la théorie d’usage interpellée chez les membres du premier groupe peut se formuler comme suit : si je laisse toute la place à l’autre dans la relation, alors j’obtiendrai son appréciation et éviterai qu’il me déteste. Cet énoncé général se traduit en action de façons diverses chez les AIC de ce groupe. Charlotte et Laurence nous parlent de leur quête d’être aimées de tout le monde et de ne pas se faire haïr, exprimant ainsi la conséquence à produire et celle à éviter en interaction. Au fil du temps, Laurence et Charlotte ont expérimenté et confirmé les actions les plus propices à produire ou éviter ces conséquences et, chemin faisant, une théorie d’usage s’est érigée dans leur réalité de second ordre. Leurs gestes amicaux, d’entraide, de gentillesse et de disponibilité aux autres, sont inspirés de ce que Laurence désigne comme son « *bagage de vie* » et d’une vision des autres selon laquelle « *tout le monde était fin, tout le monde était correct, je ne voyais pas de méchanceté* ». Elles voulaient « *être chum* » avec tout le monde et pour elles, tout le monde était égal. Assumer formellement leur leadership leur

demande maintenant d'agir comme patronnes et donc de poser des gestes qui, selon leur théorie d'usage, sont construits comme risqués sur le plan d'être aimée. En prenant leur place pour demander, réprimander l'autre même si elle est fine ou dire non, elles sentent qu'elles risquent le tout pour le tout.

Confirmant Argyris et Schön (1999) dans le fait que les théories d'usage sont acquises relativement tôt dans la vie, Gaëlle confie :

Mon principal pattern, depuis que je suis petite je faisais tout pour me faire aimer (...). (De cette façon) je n'avais pas à absorber la réaction de l'autre qui me disait « ça va faire là, je ne peux pas en prendre plus ». J'ai de la difficulté avec ça.

La théorie d'usage de Gaëlle prédit que pour éviter d'avoir à absorber la réaction négative de l'autre, il faut tout assumer seule sans rien demander. Tout faire seule, c'est bon; demander, c'est mauvais et dangereux. Demander et déléguer sont désormais des gestes attendus d'elle dans la nouvelle réalité. Ces gestes sont des paradoxes, des illogismes, des non-sens dans son cadre de référence habituel (Watzlawick et al., 1975). Prendre sa place pour demander ou déléguer provoque en elle ce que Mezirow (2001) de même qu'Argyris et Schön (1999) désignent comme un dilemme perturbateur. Gaëlle vit un conflit entre certains éléments de sa théorie d'usage et son applicabilité dans sa nouvelle réalité. L'exercice de son nouveau rôle la place régulièrement dans des situations où elle doit faire face à la réaction négative de l'autre. Sa théorie d'usage est particulièrement inefficace et dysfonctionnelle lors des rencontres hebdomadaires milieu de vie. Elle devient pratiquement figée devant ce qu'elle perçoit comme un tollé de protestations de la part des membres de l'équipe soignante aux demandes particulières qu'elle formule au nom des résidents :

Moi je viens d'une grande famille. Tout ce qu'on entendait c'était au sujet des sous, tu comprends! Tu voulais avoir quelque chose et la crise éclatait, c'était toujours à

cause des sous. Et moi je ne suis pas capable, ma difficulté est là, quand les filles arrivent avec les contraintes, je vais te dire, je n'ai pas réussi encore à surmonter ça.

Dans sa théorie de la transformation, Mezirow (2001) souligne que les apprenants adultes font souvent face à la nécessité d'affronter les distorsions de leurs prémisses psychologiques. Il définit ces prémisses psychologiques comme des moyens de défense acquis suite à des traumatismes de l'enfance. Certaines de ces prémisses deviennent dysfonctionnelles à l'âge adulte et doivent être affrontées pour qu'un apprentissage se réalise. Gaëlle en fait une démonstration éloquentes quand elle relie le malaise vécu en rencontre milieu de vie au malaise qu'elle vivait enfant, dans la tourmente de crises familiales déclenchées par ses propres demandes ou celles de ses frères et sœurs. Elle se trouve bloquée et, pour le moment, incapable de faire l'apprentissage requis pour être efficace dans ces circonstances.

Outre les bénéfices protecteurs de la théorie d'usage construite par Gaëlle suite aux événements de son enfance, cette théorie a également participé à ce que Gaëlle se voit et soit perçue comme une superwoman. Dans ce contexte, avoir à demander est contraire aux prescriptions de sa théorie. Non seulement est-ce risqué sur le plan de la relation, mais cela est également vécu par Gaëlle comme un échec, celui de ne pas y arriver seule.

Le récit de Gaëlle apporte un éclairage fort intéressant sur les niveaux de profondeur auxquels sont touchés les éléments de sa réalité de second ordre. D'abord, c'est l'interprétation d'un geste qui est interpellé : demander est interprété comme un échec. Puis, c'est toute une théorie d'usage qui se trouve remise en cause : si je demande alors je fais face à la réaction négative de l'autre. Enfin, c'est l'image d'elle-même, la superwoman, qui se trouve confrontée

par la possibilité de lâcher prise sur des conduites familières au profit de l'acquisition de nouvelles conduites relationnelles. Agir avec efficacité et satisfaction dans le nouveau rôle exigera sans doute qu'elle se transforme, du moins partiellement.

Monia, Sylvianne et Madeleine partent d'un point différent. L'énoncé général de leur théorie d'usage interpellée par les changements pourrait se lire comme suit : si je prends toute la place dans l'interaction, alors mon interlocuteur exécutera tout ce qu'il faut comme je le veux. Le contrôle serait à cette théorie d'usage ce que l'amour était à celle des AIC du groupe précédent. Une telle théorie d'usage teinte forcément la façon d'être en interaction de ses titulaires. Madeleine donnait des ordres sous prétexte qu'elle était responsable du bénéficiaire. Dans son cadre de référence, être responsable signifie *« tu vois à ce que tout le monde soit bien, soit heureux donc il faut que tu organises tout le monde. Parce que tu es responsable du bénéficiaire, c'est à toi de décider ce qui est bien pour lui »*. Difficile de faire une place quelconque à un interlocuteur quand on est habitée de telles significations! Les visées de responsabilisation, participation, valorisation des opinions des membres de l'équipe et d'interdisciplinarité inhérentes à la culture milieu de vie, conjuguées à son retrait du plancher entrent en dissonance profonde avec certaines composantes de sa réalité de second ordre. Elle vit beaucoup d'inconfort dans le fait de ne plus avoir de prise directe sur les informations nécessaires à ses décisions unilatérales :

Tu n'es pas là, toi-même avec tes yeux, pour dire : « Ah oui! Elle a tel problème cette dame-là! ». (...) Il faut que je me fie toujours à mon personnel qui est sous moi quand ils m'apportent le problème (...) J'ai à évaluer tout en me fiant aux autres et parfois je sais que les autres, lorsqu'ils m'apportent un problème, ils exagèrent...

En d'autres termes, puis-je me fier sans vérifier?

L'interdisciplinarité sous-jacente à la culture milieu de vie se traduit par le respect des champs de compétences respectifs des différents acteurs prenant part à une interaction. Il est, ici encore, question de prendre sa place, toute sa place et rien que sa place (St-Arnaud, 2003). Outre les bouleversements relationnels vécus avec les membres de son équipe, Madeleine est à la fois déstabilisée et contrariée par l'application de ces nouvelles règles relationnelles aux interactions avec les spécialistes :

Avant ça, je pouvais évaluer et dire : « oui, on la met au levier (cette dame-là) ». Aujourd'hui, on appelle la physio, la physio l'évalue (...) ils peuvent me donner des choses que je dois faire, mais ça ne répond pas à la réalité du département.

La place à prendre et à laisser dans le cadre de ses interactions est donc fortement ébranlée.

Monia fait face à des défis similaires lors de ses premiers pas dans la culture milieu de vie. Comme Madeleine, sa tendance naturelle l'amenait à occuper toute la place en interaction. *« J'étais beaucoup dans la prescription des choses à faire, et le faire tel que je l'aurais fait. Je commandais, imposais : tu vas faire ceci, et ça, ça, ça »*. Selon les éléments de son récit, sa théorie d'usage pourrait se lire comme suit : si je démontre mes qualifications et ma compétence disciplinaire à chaque occasion, alors j'obtiendrai l'admiration et la reconnaissance et serai ainsi rassurée. Dans ces circonstances, reconnaître le champ de compétences de l'interlocuteur et activer ses ressources étaient tout simplement contraires aux éléments de son cadre de référence. La place qu'elle occupait en relation la rendait aveugle à l'autre et encore davantage aux ressources de l'autre : *« je ne les voyais pas. Je ne voyais pas mes collaborateurs. Je ne voyais que moi et les solutions qu'il n'appartenait qu'à moi d'apporter aux problèmes »*. La dissonance vécue par Monia est documentée dans la thèse doctorale de Chiasson (2007). Son emprise auprès des membres de l'équipe et le partage du pouvoir en interaction sont rapportés comme étant les plus grands enjeux auxquels elle s'est trouvée confrontée.

L'expérience des AIC démontre que l'introduction de nouveaux gestes, faits et actions dans leur réalité de premier ordre, tant sur le plan clinique que relationnel, se heurte à plusieurs composantes de leur réalité de second ordre impliquées dans la construction de sens. Par ordre croissant de profondeur, on retrouve d'abord les interprétations, attributions ou évaluations qu'elles formulent sur les changements apportés à leur réalité par la direction. Puis, l'exposition quotidienne à la cessation d'anciens actes cliniques au profit de tâches plus administratives choque leurs représentations ou les images qu'elles se sont construites à propos de leur profession. Plus profondément encore, sur le plan relationnel, des conduites interpersonnelles enchâssées dans des théories causales issues de leur socialisation sont à leur tour remises en question car elles sont maintenant inefficaces ou inopérantes. De là, il n'y a qu'un pas à franchir pour ébranler des fondements majeurs de leur sens, image ou définition d'elles-mêmes (Mahoney, 1991). C'est ce dont elles témoignent avec éloquence.

Des constructions initiales qui nourrissent l'état de dissonance

La colonne trois de la Figure 1 fait état de la dissonance vécue par les infirmières dans leurs premiers contacts avec les manifestations concrètes des changements implantés. Les premiers sens construits sur les nouveaux faits et gestes de la réalité de premier ordre découlent des structures de sens existantes et inchangées. Ces premières constructions de sens sont bien souvent péjoratives ou négatives. Le monde de notre expérience est constitué de couples de contraires (Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975; Kegan & Lahey, 2001). Pour ces auteurs, l'existence de ces couples de contraires est à la base d'une des erreurs les plus courantes concernant le changement : ils amènent à conclure que si quelque chose est bon, son contraire est nécessairement mauvais. Un classique du genre dans quelques récits des AIC prend la forme suivante : dire oui à toute demande d'aide est bon, car cela conduit à me faire aimer; dire non à

toute demande d'aide est mauvais et conduit à se faire haïr. Ce type de traitement cognitif semble s'opérer spontanément chez les AIC rencontrées en regard de plusieurs dimensions des changements implantés. Les nouveaux faits et gestes sont d'abord perçus comme contraires à ce qu'elles ont toujours fait et sont ainsi systématiquement évalués, anticipés et vécus comme mauvais, risqués, illogiques, menaçants voire dangereux (Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975; Kegan & Lahey, 2001). Bien qu'elles les méprisent ouvertement, ces nouveaux faits et gestes, qu'ils soient de nature clinique ou relationnelle, sont bel et bien là pour rester. Elles y sont ré-exposées au quotidien ce qui maintient et exacerbe leur état de dissonance au point où il en devient insoutenable (Argyris & Schön, 1999, Mezirow, 2001). Dans la logique constructiviste, à défaut de changer la réalité de premier ordre c'est précisément sur sa lecture initiale que les AIC devront agir pour retrouver efficacité et satisfaction à assumer leur nouveau rôle (Kourilsky, 2004; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975). Cela revient à changer de lentilles pour contempler une même réalité d'un autre angle et y voir autre chose que du danger, de la menace ou de l'illogisme.

C'est ici qu'entre en scène le potentiel transformationnel inhérent aux changements qui les touchent. Le fait que les nouvelles actions s'inscrivent en rupture avec les structures de sens habituelles force une intervention pour apaiser la dissonance ainsi vécue. Un choix personnel devra être effectué et de nouvelles actions devront être prises pour résoudre les tensions découlant des dilemmes perturbateurs générés par les données factuelles de la nouvelle réalité. Deux options principales s'offrent alors aux participantes : se changer ou s'utiliser (St-Arnaud, 2001). S'utiliser revient à apaiser la dissonance en cherchant un environnement, un poste de travail en cohérence avec ses structures de sens existantes et ainsi décliner, plus ou moins consciemment, l'opportunité d'apprentissage que recèle le changement. C'est ce que contemple

Lysanne quand elle évoque l'option de partir à la retraite si elle ne réussit pas à adhérer au changement en maintenant sa « *philosophie de travail qui est d'être sur le plancher* ». C'est ce qu'a considéré Charlotte quand, au moment de se dire « *si c'est ça mon travail maintenant* », elle a envisagé la possibilité de travailler dans d'autres milieux.

Se changer c'est, selon l'expérience des AIC qui ont opté pour cette avenue, entamer un voyage au cœur de soi pour revisiter, confronter et nuancer certains des fondements les plus anciens et robustes de ses structures de sens actuelles. On apaise alors la dissonance entre la réalité de 1^{er} ordre (les nouveaux faits et gestes) et la réalité de second ordre (le sens construit autour de ces faits et gestes) en intervenant sur les processus de construction de sens composant sa réalité de second ordre (Kourilsky, 2004; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975). La section qui suit renseigne sur ce voyage au cœur de soi.

Nature des transformations vécues et exigences posées par ces transformations

Watzlawick et al. (1975) affirment que le vrai changement, le changement 2, résulte d'une nouvelle construction de la réalité de premier ordre. C'est donc sur leurs propres lectures initiales des faits nouveaux que les AIC peuvent agir pour apaiser la dissonance vécue dans la nouvelle réalité. Tel que mentionné précédemment, les nouvelles données factuelles de la réalité de premier ordre des AIC sont là pour rester: il s'agit des mêmes faits et gestes nouveaux qu'elles ont d'abord affublés de sens négatifs. Sur le plan relationnel, le travail principal consiste à confronter la prédiction ou le sens initial donné aux nouveaux gestes en les soumettant à un exercice de validation. C'est ce que schématise la Figure 2.

La dissonance entre les nouveaux faits de la réalité de premier ordre et les structures de sens existantes dans la réalité de second ordre est répétée à la deuxième colonne de la Figure 2. Continuité et maintien de la nouvelle réalité de premier ordre apparaissent dans le haut des colonnes 3 et 4, alors qu'on remarque une discontinuité et rupture des structures de sens existantes au centre de la colonne 3. Cette rupture est essentielle à la migration vers une nouvelle consonance, obtenue par le renouvellement des structures de sens composant la réalité de second ordre. Tant que les structures de sens existantes demeurent intactes, les nouveaux comportements ne peuvent s'ancrer de façon profonde et durable dans le répertoire des AIC (Bourassa, Serre & Ross, 1999). Au mieux ils se posent en surface, à chacune de leur émission puis sont immédiatement rejetés par l'AIC, un peu à la manière du rejet par l'organisme d'un organe nouvellement greffé. Ce rejet est d'autant plus probable que le nouveau comportement implique un dilemme lié à la vision que l'AIC a d'elle-même (Mahoney, 1991; Mezirow, 2001).

C'est au moment de cette rupture des structures de sens existantes que s'amorce le changement de lentilles, évoqué plus haut. Les AIC s'emploient alors à nuancer les étiquettes qu'elles ont d'abord apposées sur les nouvelles conduites. Il s'agit d'ouvrir les structures de sens en place pour construire différemment un nouveau comportement, d'abord construit comme mauvais par ces mêmes structures.

Réalité de 1 ^{er} ordre	Nouvelle réalité Faits, gestes B Plan clinique Plan relationnel	Continuité des nouveaux faits/gestes B ⇒ ⇒ ⇒	Nouvelle réalité se maintient Faits, gestes B Plan clinique Plan relationnel
	⇕ Dissonance		⇕ Nouvelle consonance
Réalité de 2 ^e ordre	Sens initial des faits de la nouvelle réalité est construit à partir des structures de sens A existantes Interprétations, évaluations, règles et théories d'usage A sont confrontées	Discontinuité Rupture des structures de sens A ⇒ ⇒ ⇒	Structures de sens renouvelées B Changement 2 : Nouvelle construction de la réalité de 1 ^{er} ordre B Interprétations, évaluations, règles et théories d'usage B émergent
Nature prédominante de l'expérience	Illogismes, Paradoxes, Non-sens Rejet des gestes Dilemmes Évaluation négative Résistance Incohérence Action inefficace	Introspection Instabilité Lâcher prise Deuils Menace Risque Test, validation Mise à l'épreuve de vieilles croyances	Épanouissement Expansion du sens du moi Apprentissages transformationnels Action nouvelle, efficace et satisfaisante Ancrage durable, permanent de l'action nouvelle Transfert de l'action nouvelle à d'autres sphères de la vie

Figure 2. De la dissonance à la transformation.

Créer de nouveaux sens est un processus exigeant à plusieurs égards. Cela demande que les AIC portent un regard critique sur leurs propres façons d'agir et d'être, qu'elles reconnaissent et dépassent la charge émotive liée à la mise en place des sens ou théories d'usage d'origine issues de leur processus de socialisation (Argyris, 1982; Mezirow, 2001). Il leur faut soumettre certaines de leurs théories d'usage à un exercice de validation, intervenir sur leur propre dynamique de production de sens et faire l'effort de voir une même réalité autrement. Elles doivent trouver l'audace d'émettre la conduite tenue pour risquée, celle dont elles sont certaines qu'elle les exposera à ce qu'elles cherchent précisément à éviter, afin d'en vérifier les conséquences réelles. Cela revient à abandonner ses mécanismes connus, sources de sécurité, pour s'exposer, sans filet, à des conséquences relationnelles tenues jusqu'ici pour catastrophiques. C'est pourquoi l'émission de nouveaux gestes est vécue comme anxiogène pour plusieurs d'entre-elles (Bridges, 1993; Colletette, Delisle & Perron, 2002; Roberge, 1998). Signe de la profondeur et de l'exigence posée par ce voyage au cœur de soi, quatre des sept participantes à l'étude révèlent avoir eu recours à l'accompagnement d'un professionnel pour ce faire (Dionne, 2000; Kegan & Lahey, 2001; Mahoney, 1991; St-Arnaud, 2001). L'issue en a été pour chacune, une forme d'expansion, de rénovation, de reconstruction de leurs structures de sens. Voici quelques exemples de ces tours de force.

Laurence est passée de « *toute ma vie c'était, je veux que tu m'aimes* » à « *je me suis dit un moment donné, je ne suis pas ici pour me faire aimer. Tu ne m'aimes pas, tu as le droit de ne pas m'aimer* ». C'est une transformation de fond car elle se traduit par l'acceptation de ne pas être aimée de tous. Ce recadrage a permis d'intégrer de nouvelles stratégies à son répertoire, plus alignées à son nouveau rôle de leader. Elle a réduit la dissonance éprouvée en modifiant une composante centrale de son cadre de référence.

Le processus de transformation de Gaëlle l'a conduite à voir autre chose qu'une attaque personnelle dans le mécontentement de ses interlocuteurs. Ici encore, la thèse des constructivistes se confirme : rien ne change au niveau de la réalité factuelle de premier ordre, i.e. que le mécontentement de ses interlocuteurs continue de se produire. C'est plutôt sa lecture de ce mécontentement, la nouvelle interprétation qu'elle en fait, qui a mobilisé ses énergies en cours de transformation (Mahoney, 1995; Neimeyer & Mahoney, 1995; Watzlawick, 1988; Watzlawick et al., 1975). Kourilsky (2004) affirme que ce ne sont pas tant les situations qui nous bloquent que l'interprétation que nous en faisons. Désormais dotée d'un leadership formel axé sur la responsabilisation et la valorisation des opinions des membres de son équipe, il est pratiquement impossible pour Gaëlle d'éviter des réactions négatives. Il lui reste alors la possibilité de voir autre chose qu'une attaque personnelle dans le mécontentement de son interlocuteur. Elle partage en ces mots, les changements apportés à sa réalité de second ordre :

Je suis capable maintenant d'avoir une vision plus élargie, que ce n'est pas toutes des attaques qui sont contre moi. Je suis capable, quand quelqu'un m'amène une critique ou une idée contraire à ce que je pense, je suis capable maintenant d'aller chercher pourquoi la personne a dit ça. Je suis capable de départager ça, que ce n'est pas quelque chose contre ma personne.

Au prix d'une grande implication personnelle, son interprétation de telles réactions s'est délestée de sa composante « attaque personnelle » et elle retrouve une plus grande aisance à agir comme leader dans ses interactions. Elle a reconstruit sa théorie d'usage en y admettant des comportements qu'elle avait jusque là mis à l'index. Elle se dit maintenant capable de demander une action corrective en rappel général ou en individuel, faire des recommandations ou trancher lorsqu'une décision relevant de son champ de compétence s'impose. Ce blocage de sens étant levé, elle se sent maintenant en mesure de prendre sa place et d'assumer son leadership.

Enfin, contemplons quelques extraits de la réalité livrés par les AIC à la lumière du processus d'apprentissage transformationnel décrit par Mezirow (2001). Pour cet auteur, l'apprentissage impliquant la transformation des perspectives de sens est de loin le plus émancipateur. Un tel apprentissage s'amorce lorsqu'une personne est confrontée à des expériences qui sortent du cadre de ses anticipations. Sur le plan relationnel, plusieurs conduites et gestes constituant la nouvelle réalité de premier ordre des AIC sortent effectivement du cadre de leurs anticipations. Charlotte raconte : « *Au début, quand j'avais une demande à faire auprès d'un préposé je me disais, « oh mon Dieu! comment je vais lui demander ça » ou « hey! je ne vais pas lui demander ça, comment il va réagir, il ne voudra pas ».* Laurence illustre une expérience similaire quand elle dit : « *comment je vais dire non? Comment je vais faire? Je ne veux pas me faire haïr. Et je pourrais dire « oui » c'est plus simple comme ça. Tu risques le tout pour le tout ».*

Une fois déclenché par de tels dilemmes, l'apprentissage transformationnel se déroule selon un processus qui comporte plusieurs phases (Mezirow, 2001). Pour clore cette discussion et expliciter les exigences posées par ce type d'apprentissage sur les AIC, des liens sont présentés entre des extraits de leur expérience et les six phases du processus de transformation des perspectives de sens décrites par Mezirow (2001).

La première phase de ce processus implique que l'apprenant accède à une conscience accrue du contexte de ses croyances et de ses sentiments. Laurence évoque son « *bagage de vie* » à quelques reprises, comme le lieu d'origine des stratégies qui font obstacle à son adaptation au nouveau contexte : « *Il a fallu que j'apprenne à dire non, et que j'apprenne à retourner le tout, ce n'est pas facile. Et tu as un bagage avant ça! Tu as un bagage de vie, tu ne deviens pas infirmière*

pour rien! » Dans la même veine, Gaëlle parle de son « *principal pattern* » depuis qu'elle est « *petite* », qui est de faire tout pour se faire aimer, en limitant les demandes. Elle relie ce pattern à une situation récurrente et chargée qui survenait régulièrement dans sa famille alors qu'elle était enfant.

À la seconde phase du processus de transformation des perspectives, l'apprenant effectue une critique des prémisses sur lesquelles ses croyances et ses sentiments sont fondés. Cela correspondrait, pour Argyris et Schön (1982), à jeter un regard plus lucide sur les traces laissées par son propre processus de socialisation sur ses théories d'usage. Charlotte et Madeleine donnent des exemples révélateurs d'un tel regard critique porté sur des pratiques ancrées. Charlotte s'admet maintenant que, bien qu'il lui procure l'appréciation tant recherchée, le côté d'elle qui est fine au détriment de son temps, qui rend service et aide sans compter, ne comporte pas que des avantages : « *J'étais ben aimée, ah oui, mais on pouvait ambitionner sur moi aussi. Elle c'est un tapis qu'on pilote, pis on fait tout ce qu'on veut avec elle* ». *N'importe qui passe, on s'essuie (les pieds), pis on repasse* ». Quant à Madeleine, c'est la place qu'elle prenait en relation qu'elle voit maintenant d'un œil plus critique : « *Je me suis rendue compte qu'en jouant trop au Sauveur on prend la place de l'autre, ce n'est pas mieux.* » Monia abonde dans le même sens en constatant maintenant à quel point sa « *contrôlite aiguë* » minait l'autonomie de ses interlocuteurs.

À la phase trois, l'apprenant s'ouvre à la considération de perspectives alternatives. C'est une chose de critiquer sa perspective actuelle, c'en est une autre de s'ouvrir à une nouvelle façon de voir une même réalité. Tel que mentionné plus haut, quatre des sept participantes à l'étude ont eu recours à l'assistance d'un professionnel pour adresser les enjeux personnels qui bloquaient

leur adaptation. Dans sa perspective de la responsabilité, Madeleine croyait qu'il lui fallait organiser tout le monde et qu'elle seule pouvait décider ce qui était bien pour le bénéficiaire. Difficile de responsabiliser son interlocuteur et d'activer ses ressources avec une telle perspective! Son cheminement l'a menée, entre autres choses, à s'ouvrir à la possibilité que ses interlocuteurs contribuent à la qualité des décisions prises à l'égard d'un bénéficiaire. Par exemple, elle réalise que son retrait du plancher fait en sorte qu'elle a besoin de l'information détenue par ses PAB pour prendre des décisions. Cela l'ouvre à une toute nouvelle perspective sur ses PAB :

Elle a une réalité (la préposée), parce que maintenant elle est sur le plancher alors que moi je ne le suis plus. Elle a une réalité beaucoup plus importante que la mienne. Et c'est de respecter cette réalité-là, la reconnaître, la respecter.

L'évaluation de nouvelles perspectives est suivie, en quatrième phase, de la décision d'abandonner une perspective ancienne pour en adopter une nouvelle. Cette décision est un préalable essentiel à l'expérimentation volontaire et à l'ancrage de nouvelles conduites au répertoire. L'expérience de tels moments de décision est présente dans les récits de Madeleine, Monia et de Laurence. Madeleine dit qu'elle a « *fini par comprendre que c'est mieux de prendre des décisions en groupe* » que de donner des ordres. Elle ajoute qu'elle sait maintenant que quand elle donne des ordres à ses collaborateurs, ils s'impliquent moins. Monia raconte que sa décision de changer de perspective sur ses comportements de prescription et imposition pour s'ouvrir à autre chose ne s'est pas imposée d'emblée mais beaucoup plus tard en cours de processus d'accompagnement. Elle a néanmoins senti ce moment où elle a pris la décision de changer. Même chose pour Laurence qui confie : « *Je me suis dis un moment donné, je ne suis pas ici pour me faire aimer. (...) Un moment donné j'ai changé... je m'en suis aperçue* ».

La cinquième phase du processus d'apprentissage transformationnel consiste à commencer à agir en conformité avec la perspective nouvelle. « Agir fait partie intégrante de l'apprentissage transformateur » (Mezirow, 2001, p.178). La traduction du travail d'introspection effectué aux phases antérieures en des actions nouvelles dans leur réalité est une constante chez les AIC. Bien qu'elles soulignent à quel point l'émission de ces nouveaux gestes s'avère anxiogène, plusieurs d'entre elles se sont lancées dans cet inconnu menaçant pour le tester et le surmonter. Laurence a surmonté sa peur de se faire haïr et se dit maintenant en mesure de reprendre un employé dont l'action nécessite une correction. Elle peut également dire non à une demande d'aide qui lui est adressée par un employé, tout en le remettant face à sa responsabilité. Gaëlle mentionne des réussites similaires sur le plan de la formulation d'un feedback correctif, obtenues par sa capacité émergente à composer avec les réactions négatives d'un interlocuteur à ses propos, demandes ou recommandations. Pour sa part, Madeleine reconnaît la richesse de l'information détenue par ses préposées au sujet des résidents et les implique maintenant dans les décisions sur lesquelles ils peuvent se prononcer. Pour Mezirow (2001), toute personne qui procède à la transformation de ses perspectives de sens en ressort avec des stratégies et des ressources plus fonctionnelles et plus nombreuses pour commencer à agir.

Enfin, en phase six, la perspective nouvelle découlant d'un apprentissage transformationnel est intégrée au contexte plus général de la vie de l'apprenant. C'est un peu ce que témoignent Monia, Laurence et Madeleine quand elles racontent que les changements apportés à leur façon d'interagir au travail se transfèrent également à la sphère familiale.

Autre fait intéressant à noter, toutes éprouvent un soulagement en cours d'expérimentation lorsqu'elles constatent que les conséquences négatives que leurs constructions

antérieures associaient à l'émission de nouveaux comportements ne se matérialisent pas. Par exemple, Charlotte nous dit que malgré qu'elle soit plus affirmative et moins fine, elle reçoit des commentaires positifs : « *Vois-tu les commentaires que j'ai c'est regarde, ça va bien dans l'équipe, on a une bonne chimie, une bonne complicité* ». Gaëlle, qui prônait la discrétion et renonçait à prendre sa place en relation pour s'assurer d'être aimée, constate que ses constructions antérieures à propos des inconvénients à prendre sa place étaient plus ou moins justes :

Et les filles comprennent ça que c'est l'infirmière qui a le dernier mot. (...) Elles me reconnaissent comme la chef, à cause de mon approche avec elles. Lorsque j'ai à trancher, je tranche et là, les filles disent que c'est ben correct, elles me suivent. Oui, et elles reconnaissent que oui, c'est l'infirmière qui est responsable et qu'on est obligé de parler d'autorité.

Monia raconte que plutôt que de diluer sa compétence, le fait de reconnaître la compétence de son interlocuteur lui permet de réaliser de plus grandes choses. Voilà donc des exemples bien concrets de l'issue d'une démarche courageuse visant à valider dans l'action ses croyances fondamentales et théories d'usage à propos de soi et de l'autre au sein de ses rapports interpersonnels. C'est en cela que les changements organisationnels vécus au sein de leur CHSLD riment avec transformations personnelles.

Retombées pratiques en matière d'accompagnement des infirmières

Reconstruire le sens de son rôle clinique et de ses rapports aux autres interpellent forcément le sens de soi et la représentation de sa propre identité (Friedman & Lipshitz, 1992; Lipshitz, Omer & Friedman, 1989; Louis & Sutton, 1991; Mahoney, 1991). Cinq des sept participantes sont formelles à cet égard et rendent compte d'une transformation personnelle d'envergure variable pour négocier le passage d'infirmière soignante à infirmière coordonnatrice

d'équipe dans une culture milieu de vie. Quant aux deux autres, Lysanne était sur le point d'assumer le nouveau rôle au moment de l'entretien et anticipait déjà la possibilité de vivre un dilemme personnel; Sylvianne attribue la douceur de son passage à sa formation académique récente et en ligne avec les nouvelles orientations, ainsi qu'à son exposition soutenue à la planification des changements en cours alors qu'elle assumait un intérim à titre de chef de service.

Il est souhaité que les résultats de cette brève exploration de l'expérience des AIC permettent d'estimer de façon plus juste l'ampleur de l'onde de choc personnelle découlant de changements similaires touchant leur profession. La première retombée pratique dégagée de leurs témoignages porte sur la façon d'annoncer le changement à venir aux infirmières touchées. Il est suggéré de donner de l'information juste aux infirmières visées quant aux impacts personnels associés aux changements en cours et à la profondeur potentielle de l'apprentissage que leur adaptation suppose. Cette information juste est partie intégrante d'une démarche de choix éclairé qui pourrait également faire l'objet d'un soutien. L'infirmière pourrait ainsi choisir de se changer en s'engageant dans les apprentissages liés à la nouvelle réalité, ou d'utiliser ses ressources en cherchant un poste ou un environnement qui lui permettra de maintenir ses structures de sens existantes intactes (St-Arnaud, 2001). Dans la mesure où l'infirmière choisit de s'engager sur la voie de la transformation, il y a tout lieu de soutenir son passage par une forme d'accompagnement adapté. De façon générale, il apparaît impérieux que cet accompagnement soit centré sur des enjeux personnels et favorise le regard critique sur les structures de sens en place chez l'infirmière. Aussi, cet accompagnement doit soutenir la prise de risque inhérente à l'émission de comportements considérés à prime abord comme contraires à son image d'elle-

même et parfois même menaçants pour son intégrité psychologique (Dionne, 2000; Kegan & Lahey, 2001; Mahoney, 1991; St-Arnaud, 2001).

Plus concrètement et à la lumière des récits livrés par les participantes à cette étude, un accompagnement adapté, qu'il soit effectué en individuel ou en groupe, devrait inclure les dimensions suivantes : 1) Nommer et reconnaître la légitimité des dissonances et dilemmes perturbateurs inévitables dans le contexte. 2) Explorer les sources, les origines de l'inconfort à émettre les nouveaux comportements, en reconstituant le processus par lequel se sont construites les images, représentations ou théories d'usage actuelles. 3) Rendre explicites les obstacles à l'apprentissage, qu'ils soient de l'ordre d'associations ancrées et désuètes, de fausses interprétations, de théories d'usage non-vérifiées et dysfonctionnelles dans la nouvelle réalité. 4) Créer une brèche, faire vaciller la croyance freinante, inviter à valider, à tester une théorie d'usage devenue douteuse; explorer les coûts associés au maintien de la théorie d'usage ou de la croyance d'origine; assister la personne dans la réévaluation d'une théorie d'usage devenue limitante ici et maintenant, en reconnaissant sa légitimité et son utilité au moment où elle a été adoptée dans son histoire de vie. 5) En imaginaire, inviter à la création de nouvelles perspectives de sens, de nouvelles façons de voir une même réalité. 6) Planifier l'expérimentation d'actions découlant d'une nouvelle perspective de sens en réunissant des conditions sécurisantes, favorisant le succès; soutenir la prise de risque nécessaire à cette expérimentation. 7) Faire des retours sur les expérimentations en déployant les conséquences réelles et en les comparant aux conséquences prédites par les théories d'usage faisant l'objet de validation; soutenir l'amélioration et l'intégration des nouvelles stratégies.

Compte tenu du nombre d'infirmières visées par des changements identiques (loi 90, réorganisation du travail, culture milieu de vie) à la seule échelle québécoise, il semble pertinent de mener d'autres études de type recherche-action sur des modes d'accompagnement novateurs dans les établissements de santé. Ces études pourraient notamment porter sur des modalités d'accompagnement de groupe, au sein desquels des infirmières seraient soutenues dans leur transition vers une nouvelle identité professionnelle et personnelle. Il serait intéressant de tester la portée d'un tel accompagnement dans le cadre des communautés d'apprentissage et de pratique actuellement expérimenté en sciences infirmières (Hagan, Mathieu, Talbot & Landry, 2006).

Tel que souligné par Chiasson (2007), il est impératif de créer des conditions de soutien par lesquelles les destinataires du changement accepteront de contacter la vulnérabilité incontournable et essentielle à des apprentissages d'une telle profondeur. D'autres auteurs se sont intéressés à des transitions similaires chez les infirmières et y vont également de recommandations apparentées quant aux conditions de soutien à mettre en place. Au terme d'une étude effectuée auprès d'infirmières québécoises travaillant en CHSLD, Alderson (2006) souligne l'importance de donner des lieux d'échange aux infirmières pour qu'elles puissent partager leurs expériences subjectives de travail, se réapproprier leur pratique professionnelle et reconstruire ce que nous concevons comme une nouvelle forme d'identité professionnelle. Dierckx de Casterlé et al. (2008) insistent sur la complexité du processus de développement du leadership chez le personnel infirmier, étant donné ses impacts systémiques sur le leader et les membres de son équipe. Pour ces auteurs, cette complexité milite en faveur de modalités d'accompagnement qui accordent suffisamment de temps et de support, tant au leader qu'à l'équipe. Enfin, Fielden et al. (2009) constatent que bien que les habiletés de leader du personnel infirmier soient considérées essentielles à la réalisation des changements requis dans les milieux

de santé, leur développement n'est habituellement soutenu que par de courtes formations ponctuelles plutôt que par des stratégies de soutien en continu de type coaching ou mentorat. Leur étude conclut que des processus structurés de type coaching ou mentorat sont plus appropriés et permettent le développement d'habiletés de leadership en un temps relativement court (huit mois) avec des retombées tangibles et positives sur la prestation des soins.

Conclusion

Cette section fait le point sur les forces et limites de cette étude en regard de sa scientificité. Elle se termine en soulignant la conclusion principale qui s'en dégage.

Cette recherche a atteint ses objectifs sur le plan de la compréhension des enjeux de transformation personnelle découlant de changements organisationnels. Certains processus cognitifs mis en cause dans de telles circonstances ont été identifiés. La nature des transformations apportées à ces processus et les exigences liées à ces transformations bénéficient également d'un meilleur éclairage. Les forces et les limites de cette recherche viennent cependant en déterminer la portée.

Au chapitre des limites, soulignons d'abord que les données recueillies proviennent d'un seul moment dans la vie de chaque participante et d'une seule source, soit l'entretien semi-dirigé. Il est reconnu que la triangulation, c'est-à-dire le recours à plusieurs techniques de recueil de données pour appréhender l'objet d'étude, conduit à une compréhension plus riche des phénomènes humains abordés par la recherche qualitative (Mucchielli, 1996). En retour, la quantité et la qualité des données obtenues par ces multiples sources augmentent la crédibilité de la recherche (Guba, 1981). D'autres études sur le même thème pourraient inclure des observations effectuées sur le terrain ou adopter une perspective longitudinale sur la

transformation des AIC, en leur demandant de consigner dans un journal de bord les moments-clés de leur expérience.

Par ailleurs, les récits rédigés n'ont pas été soumis aux participantes pour validation ou corroboration, pas plus que l'interprétation constructiviste faisant l'objet de la discussion. Ce choix est attribuable au délai de plus d'un an qui s'est écoulé entre la réalisation des entretiens et la rédaction des récits. Cela constitue une limite, du moins théoriquement, car la validité de signifiante commande que le chercheur évalue le degré de concordance entre le sens qu'il attribue aux données recueillies et la plausibilité de ce sens telle qu'elle est perçue par les participants à l'étude (Pourtois & Desmet, 1988). Dans le cas de la présente étude, les données et leur interprétation sont demeurées sous l'emprise unique du chercheur. Néanmoins, l'effort d'empathie auquel il s'est livré tout au long du traitement des données est certes une force en mesure de pallier, du moins partiellement, à cette limite. Les récits ont d'ailleurs emprunté largement au verbatim des participantes, par souci de reformuler le plus authentiquement possible leur expérience. La rigueur du processus de traitement des données – multiples lectures, déconstruction du corpus en courts segments, reconstruction du corpus autour de thèmes récurrents et rédaction de récits – témoigne de la minutie et du temps consacrés à la compréhension sincère de l'expérience des participantes. Cet effort de compréhension contribue sans doute aux visées de vraisemblance et d'authenticité (Lincoln, 1995) sous-tendue par le critère de validité de signifiante.

La fiabilité renvoie à la lucidité du chercheur quant à ses référents théoriques dans la mesure où il en reconnaît ouvertement l'influence sur ses analyses et interprétations. Guba (1981) (cité dans Mucchielli, 1996) souligne que la transparence du chercheur à cet égard « est un

moyen d'assurer une plus grande fiabilité des conclusions » (p.60). À ce titre, nos présupposés et référents théoriques sont clairement exposés à la section traitant du cadre théorique de cette étude. Nous avons réitéré l'influence du cadre constructiviste chaque fois que cela nous semblait nécessaire, nous efforçant ainsi de rendre compte des lentilles à travers lesquelles nous avons contemplé le phénomène à l'étude à chaque étape de cette étude.

Enfin, quant à la transférabilité des résultats de cette étude, soulignons le caractère plutôt homogène de l'échantillon d'infirmières rencontrées sur le plan de l'âge et des années d'expérience détenues. Cette homogénéité restreint forcément la transférabilité des résultats obtenus à des populations d'infirmières présentant les mêmes caractéristiques. Il aurait été intéressant d'avoir le témoignage d'infirmières de jeunes générations face aux mêmes changements. Cela dit, les informations relatives aux caractéristiques des participantes et du site de recherche sont partagées et permettront au lecteur d'en estimer la transférabilité (Guba, 1981). Il est toutefois plausible de prétendre à la transférabilité raisonnable bien que limitée de ces résultats au sein de populations d'infirmières d'expérience oeuvrant en CHSLD et exposées à des changements similaires sur le plan de l'agir relationnel.

La force principale de cette étude réside dans l'effort de compréhension de l'expérience des AIC. Cette expérience nous a longuement et profondément habités en plus de nous toucher avec une intensité qui n'a fait que croître au fil du temps. Une conclusion émerge plus que toute autre de cette compréhension : l'émission de nouvelles conduites en matière d'agir relationnel entraîne une onde de choc personnelle profonde chez les infirmières. Changer sa façon d'être en rapport aux autres implique de changer partiellement ou substantiellement sa façon d'être. Bien

que nous y ayons été sensibilisés dans le cadre de notre pratique de formateur, cette étude donne accès à une mesure plus juste de ce bouleversement.

Devant un tel constat, il apparaît à la fois insensible, téméraire et périlleux de laisser les infirmières à elles-mêmes face à un changement aussi ambitieux. Le soutien dont elles ont besoin pour agir de façon efficace dans la nouvelle réalité va bien au-delà la présentation de nouvelles descriptions de tâches ou la formation ponctuelle et technique sur de nouveaux savoir faire. En effet, l'émission de nouvelles conduites renvoie cinq des sept AIC rencontrées à des fondements identitaires dont l'origine remonte à leur socialisation initiale. Pour que s'enracinent les nouvelles conduites, il faut d'abord travailler ce terreau. Un tel travail requiert des modes d'accompagnement qui s'inscrivent dans la durée et qui focalisent sur les enjeux personnels à reconnaître et à dépasser (Kegan & Lahey, 2001).

Il y a là un espace à occuper davantage pour les psychologues organisationnels, pour autant qu'ils reconnaissent la dimension individuelle enchâssée dans tout effort de développement organisationnel. Occuper cet espace signifie porter pleinement leur compétence de psychologues pour éveiller les décideurs et visionnaires à de telles ondes de choc personnelles. Cela signifie également que l'on superpose au plan de gestion du projet de changement, un plan de soutien à la transition des personnes. Enfin, il s'agit d'influencer la nature même des activités de soutien et de proposer des stratégies novatrices pour accompagner les destinataires du changement dans la traversée. Les ressources temporelles et financières consenties à la formation traditionnelle seraient sans doute plus rentables si elles portaient sur un accompagnement plus adapté à la réalité décrite par les AIC. Prétendre qu'un tel accompagnement relève des programmes d'aide aux employés frôlerait l'indifférence et la déresponsabilisation. S'il est vrai

que l'organisation change si les individus qui la composent changent eux-mêmes, il est grand temps de joindre le geste à la parole, dans le meilleur intérêt des individus et des organisations.

Références

- Alderson, M. (2006). Lorsque l'organisation du travail en unités de soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières : Une enquête en psychodynamique du travail. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 105-119.
- Argyris, C. (1980). *Inner contradictions of rigorous research*. New York : Academic Press.
- Argyris, C. (1982). *Reasoning, Learning and Action : Individual and Organizational*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Argyris, C. (1995). *Savoir pour agir : Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris : InterEditions.
- Argyris, C. (1996). Actionnable knowledge : design causality in the service of consequential theory. *Journal of applied behavioral science*, 32 (4), 390-406.
- Argyris, C., Putman, R., & McLain Smith, D. (1985). *Action Science*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Argyris, C. & Schön, D.A. (1974). *Theory in practice : increasing professional effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1999). *Théorie et pratique professionnelle : Comment en accroître l'efficacité*. (2e éd.). Outremont : Les éditions Logiques.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press.
- Bourassa, B., Serre, F. & Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Brazier, K. D. (2005). Influence of contextual factors on health-care leadership. *Leadership & Organizational development journal*, 26(2), 128-140.
- Bridges, W. (1993). *Transition : Making sense of life's changes*. New York : Addison-Wesley Publishing.

- Carney, M. (2009). Leadership in nursing : Current and future perspectives and challenges. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 411-414.
- Chiasson, A. (2007). *Expérimentation et conceptualisation d'un encadrement praxéologique pour soutenir une infirmière dans la construction d'une théorie d'usage cohérente avec une culture « milieu de vie »*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke.
- Collerette, P., Delisle, G. & Perron, R. (2002). *Le changement organisationnel. Théorie et pratique*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Dierckx de Casterlé, B., Willemse, A., Verschueren, M., & Milisen, K. (2008). Impact of clinical leadership development on the clinical leader, nursing team and care-giving process : A case study. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 753-763.
- Dionne, C. (2000). L'apprentissage de la coopération : réflexions d'un praticien. *Revue Interactions*, 4(2), 177-204.
- Duval, L. (2003). Milieu de vie et SST : Une rencontre possible en CHSLD. *Objectif prévention*, 26, 10-11.
- Fielden, S. L., Davidson, M. J. & Sutherland, V. J. (2009). Innovations in coaching and mentoring : Implications for nurse leadership development. *Health Services Management Research : An Official Journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA*, 22(2), 92-99.
- Friedman, V. J. & Lipshitz, R. (1992). Teaching people to shift cognitive gears : Overcoming resistance on the road to Model II. *Journal of Applied Behavioral Science*, 28(1), 118-136.
- Garant, L. (2001). *Le milieu de vie, avant tout une affaire de cœur*. Drummondville : CHSLD Coeur-du-Québec.
- Glaserfeld, E. von (1988). Introduction à un constructivisme radical, dans Watzlawick, P. (dir.) (1988). *L'invention de la réalité : Contributions au constructivisme*. Paris : Le Seuil, chap. 1, 19-43.
- Gouvernement du Québec. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Guba, A. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Education, Communication and Technology*, 29(2), 75-91.
- Hagan, L., Mathieu, L., Talbot, L. R. & Landry, M. (2006). Une communauté virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF? *Perspective infirmière*, 3(4), 18-26.

- Johns, C. (2003). Clinical supervision as a model for clinical leadership. *Journal of Nursing Management*, 11(1), 25-34.
- Kegan, R., & Lahey, L. L. (2001). The real reason people won't change. *Harvard Business Review*, 79(1), 85-92.
- Kelly, G. (1963). *The psychology of personal constructs : A theory of personality*. (2e éd.). New York : W. W. Norton.
- Kourilsky, F. (2004). *Du désir au plaisir de changer : Comprendre et provoquer le changement*. (3e éd.). Paris : Dunod.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York : Harper & Row.
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 275-289.
- Lipshitz, R., Omer, C. & Friedman, V. J. (1989). Overcoming resistance to training : A nonconfrontational approach. *Training and Development Journal*, 42(12), 46-50.
- Louis, M. R. & Sutton, R. I. (1991). Switching cognitive gears : From habits of mind to active thinking. *Human Relations*, 44(1), 55-76.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes : The scientific foundations of psychotherapy*. USA : Basic Book.
- Mahoney, M. J. (1995). The psychological demands of being a constructive psychotherapist, In R. A. Neimeyer et M. J. Mahoney (dir.), *Constructivism in psychotherapy* (p. 177-188), Washington : American Psychological Association.
- Mahoney, M. J. & Moes, A. J. (1997). Complexity and psychotherapy, dans Masterpasqua, F. & Perna, P. A. (dir.), *The psychological meaning of chaos*. Washington : American Psychological Association, chap. 8, 177-198.
- Marceau, J.-P. & St-Arnaud, Y. (2007). Recadrage et accompagnement : Une double tâche pour le professionnel. *Revue québécoise de psychologie*, 28(1), 211-234.
- Masterpasqua, H. R. & Perna, P.A. (1997). *The Psychological Meaning of Chaos*. Washington : American Psychological Association.
- McGillis, L. H., McGilton, K. S., Krejci, J., Pringle, D., Johnson, E., Fairley, L., & Brown, M. (2005). Enhancing the quality of supportive supervisory behavior in long-term care facilities. *Journal of Nursing Administration*, 35, 181-187.
- McGoldrick, T. B., Menschner, E. F., & Pollock, M. L. (2001). Nurturing the transformation from staff nurse to leader. *Holistic nursing practice*, 16(1), 16-20.

- Mezirow, J. (1981). A Critical Theory of Adult Learning and Education. *Adult Education*, 32, 3-23.
- Mezirow, J. (1991a). *Transformative dimensions of adult learning*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991b). *Fostering critical reflections in adulthood : A guide to transformative and emancipatory learning*. San Francisco : Jossey Bass.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation : Critical perspective on a theory in progress*. San Francisco : Jossey Bass.
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience : Développer l'autoformation*. Lyon : Chronique sociale.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Murphy, L. (2005). Transformational leadership : A cascading chain reaction. *Journal of nursing management*, 13, 128-136.
- Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. (dir.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington : American Psychological Association.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication au congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement des sciences.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Porter-O'Grady, T. (1992). *Implementing shared governance : Creating a professional organization*. St-Louis, MO : Mosby.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Quinn, R. E., & Spreitzer, G. M. (1997). The road to empowerment: Seven questions every leader should consider. *Organizational dynamics*, 26(2), 37-49.
- Roberge, M. (1998). *Tant d'hiver au cœur du changement : Essai sur la nature des transitions*. Québec : Les Éditions Septembre.
- St-Arnaud, Y. (1995). *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- St-Arnaud, Y. (2001). *Relation d'aide et psychothérapie : Le changement personnel assisté*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : Efficacité et coopération*. (2e éd.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- St-Arnaud, Y. (2004). *Petit code de la communication*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- St-Arnaud, Y. (2007). *Le PSY livre : Penser pour mieux vivre*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- St-Arnaud, Y. (2009). *L'autorégulation : Pour un dialogue efficace*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Valle, M. (1999). Crisis, culture and charisma : The new leader's work in public organizations. *Public personnel management*, 28, 245-257.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité : Contributions au constructivisme*. Paris : Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, J. (1975). *Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Éditions du Seuil.
- Yeatts, D. E. & Seward, R. R. (2000). Reducing turnover and improving health care in nursing homes: The potential effects of self-managed work teams. *The Gerontologist*, 40(30), 358-363.

Appendice A

Formulaire d'information et de consentement à la recherche

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Titre du projet : Lecture de l'expérience d'infirmières exposées au changement de leur rôle dans le cadre de l'implantation d'une approche milieu de vie en CHSLD

Chercheuse principale : Jeannette LeBlanc, Ph.D., professeure
Département de psychologie
Université de Sherbrooke
(819) 821-8000 poste 62225

Chercheur associé : Claude Dionne, doctorant
Département de psychologie
Université de Sherbrooke
(819) 564-8802

Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou certaines informations que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et une copie signée et datée vous sera remise pour vos dossiers.

Vous êtes invité(e) à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes un(e) assistant(e)-infirmier(e)-chef d'une unité de soins de longue durée du CSSS-IUGS, exposé(e) à l'implantation d'une culture milieu de vie.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

L'intérêt du projet est de mieux saisir les exigences que pose l'acquisition de nouvelles pratiques de gestion sur les assistant(e)-infirmier(e)-chef impliqué(e)s dans l'implantation d'une approche milieu de vie. Nous sommes intéressés à mieux comprendre l'expérience que vivent les

assistant(e)- infirmier(e)-chef lorsqu'ils(elles) sont invités(es) à s'approprier ces nouvelles pratiques. Les données qui émergeront de cette étude permettront de saisir les changements implicites (valeurs, croyances, définition de soi, du rôle et du rapport aux autres) reliés à l'évolution des pratiques de gestion et contribueront à mieux soutenir les personnes qui font l'acquisition de ces nouvelles pratiques.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet implique que vous acceptiez de participer à un entretien semi-dirigé de 90 minutes portant sur différents éléments de votre expérience relativement à l'implantation de la culture milieu de vie au sein de votre unité. Cet entretien sera enregistré sur bande audio.

Les entretiens individuels visent à comprendre en quoi votre réalité d'assistant(e)- infirmier(e)-chef est touchée par la mise en place d'une culture milieu de vie dans votre établissement. Vous serez invité(e)s à vous exprimer librement sur divers éléments de votre rôle qui peuvent être sollicités par le changement organisationnel en cours tels que : votre rôle comme leader, vos relations avec les membres de l'équipe, votre identité d'infirmier(e), votre sentiment de compétence, etc.

Les entretiens ne visent pas à obtenir de bonnes réponses mais bien à comprendre votre expérience à ce moment précis de l'implantation de l'approche milieu de vie dans votre établissement.

Il va de soi que les données recueillies au cours de l'entretien seront traitées de façon à protéger votre identité. L'entretien se déroulera au cours du printemps 2008. Nous conviendrons ensemble du meilleur moment ainsi que du lieu pour réaliser cet entretien.

AVANTAGES

Il n'y a pas d'avantages directs à participer à ce projet. Toutefois, votre participation est une occasion de participer au développement des connaissances sur les exigences liées à l'évolution des pratiques de gestion et de l'exercice du leadership. Vous contribuerez également au développement d'un modèle mieux adapté aux personnes exposées à l'acquisition de pratiques de gestion découlant de la culture milieu de vie. Enfin, l'entretien semi-dirigé vous permettra de faire le point sur votre expérience.

INCONVÉNIENTS

Le seul inconvénient est le temps consacré à l'entretien semi-dirigé, d'une durée d'environ 90 minutes.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou au chercheur associé.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE PAR LE CHERCHEUR

Le chercheur responsable de l'étude et le comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques survenaient indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation ;
 - Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt ;
 - Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ;
 - S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

Si vous vous retirez de l'étude ou êtes retiré, l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude ne sera pas détruite aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

ÉTUDE ULTÉRIEURE

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous le chercheur principal de ce projet à vous contacter et à vous demander si vous seriez intéressé(e) à participer à une nouvelle recherche ?

Oui ☐ Non ☐

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable du projet et le chercheur associé recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an dans un répertoire maintenu par le chercheur ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez rejoindre le chercheur responsable de l'étude, Madame Jeannette LeBlanc, au numéro (819) 821-8000 poste 62225 ou le chercheur associé, Monsieur Claude Dionne, au numéro (819) 564-8802.

Si vous avez des questions ou des commentaires concernant vos droits en tant que participant, vous pouvez contacter la direction de la qualité du CSSS-IUGS au numéro (819) 562-9121 poste 40202.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS - IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Nom et signature de la personne qui a
obtenu le consentement

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et en remettre copie signée au sujet de recherche.

Signature du chercheur

Date

Fait à Sherbrooke, le _____ 2008.

Appendice B

Canevas d'entretien semi-dirigé

1) Parlez-moi de votre compréhension des changements en cours dans votre établissement en rapport avec votre rôle de leader (responsable, gestionnaire, etc.).

2) Parlez-moi des éléments que ces changements viennent ébranler en vous?

Par rapport à votre compréhension de votre travail d'infirmière?

Par rapport à votre compréhension de votre rôle de leader?

Par rapport à votre compréhension de votre identité d'infirmière?

Par rapport à votre compréhension de vos relations avec les membres de l'équipe soignante?

Par rapport à votre compréhension de votre sentiment de compétence?

Par rapport à votre compréhension de votre pouvoir?

Par rapport à votre compréhension de votre sentiment d'utilité?

3) En regard des éléments identifiés, qu'est-ce qui se transforme ou s'est transformé quant aux façons de voir avant l'amorce du changement et maintenant qu'il est amorcé?

4) Parlez-moi des exigences que vous imposent les changements auxquels vous êtes exposée :

Ce qui est le plus difficile?

Des choses auxquelles vous devez renoncer ou abandonner?

Des dilemmes auxquels vous devez faire face?